Nr 29 i 30 24 lipca 1938 Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Dr Henryk DŁUGOSZ. St. Asyst. Kliniki Lwów

Mięśniak żołądka, powikłany ropniem wątroby z przebiciem do płuc, w przypadku poronnej postaci choroby Recklinghausena

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie
Kierownik: Prof. dr Roman Rencki

W r. 1882 Recklinghausen ujął w jednostkę chorobową schorzenie, opisywane już przed nim przez innych autorów, określając guzki skórne jako włókniaki okołonerwowe, takie same jak w przebiegu grubszych pni nerwowych i podał dla schorzenia termin *neurofibromatosis*.

Prace późniejsze zajmują się budową drobnowidową guzków jako też ich patogenezą. Era rentgenowska wprowadziła do piśmiennictwa liczne przypadki nerwiakowłókniaków w klatce piersiowej. Ostatnio rozważano związek pomiędzy ch. R. a zaburzeniem w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym. Natomiast bardzo mało zajmowano się dotychczas z klinicznego punktu widzenia zmianami w przewodzie pokarmowym w przebiegu ch. R.

Anatomo-patologowie zaznaczali w protokołach sekcyjnych przypadkowo odkryte guzki, badali je drobnowidowo, jednak z braku danych nie zajmowali się kliniką tych przypadków.

Również chirurdzy opisywali guzy dobrotliwe przewodu pokarmowego, nie zaznaczając przeważnie, czy w danym przypadku chodzi o ch. R. Podkreślali jedynie, że rozpoznanie przed zabiegiem jest prawie niemożliwe, wobec tego sprawa guzów dobrotliwych przewodu pokarmowego w ogóle, a w ch. R. w szczególności, nie zasługuje na uwagę. Dlatego nawet duże podręczniki chorób wewnętrznych czy chirurgii pomijają tę kwestię lub wspominają o niej mimochodem, w kilku słowach.

Dlatego na zlecenie prof. Renckiego opisuję przypadek ch. R. z nieznacznymi zmianami skórnymi, a dużym guzem żołądka, który to guz zropiał i przez następowe powikłania doprowadził do zejścia śmiertelnego.

Przypadek dotyczy chorego lat 26, akademika (L. prot. klin. 110/1937/8), który podaje, że pochodzi z rodziny zdrowej, jest najmłodszym z 7 rodzeństwa. W dzieciństwie (podczas Wojny Światowej) przebył ospę, zresztą do maja 1936 r. czuł się zdrów.

W maju 1936 r. zauważył upośledzenie apetytu, ogólne osłabienie i łatwe męczenie się, chwilami ćmienie przed oczyma i zawroty głowy oraz zwolna postępującą bladość skóry.

Z powodu podwyższenia ciepłoty, poprzedzanej czasem dreszczami, leczył się na Oddziale Wewnętrznym Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie od dnia 4. VI. do dnia 5. VII. 1936. Po leczeniu preparatami srebrowymi, wątrobą i naparstnicą poprawa stanu. Następnie, poza okresami krótkiego osłabienia chory czuł się zupełnie dobrze przez rok.

Dnia 8. VIII. 1937 r. bez widocznej przyczyny wystąpiły nagle wymioty krwawe w ilości około 1 litra. Przez następne 3 dni kał smołowaty, zresztą zawsze zabarwiony prawidłowo. Zgagi ani bólów w jamie brzusznej nie było. Nieznaczne osłabienie ogólne i powolny spadek wagi w następnych tygodniach nie przeszkadzały choremu w normalnym trybie życia.

Zgłasza się do Kliniki (25. X. 1937), ponieważ przed 2 dniami wystąpiło kłucie w prawej dolnej części klatki piersiowej przy głębszym wdechu, suchy kaszel i zwyżka ciepłoty ciała do 40°, niepoprzedzona dreszczami, utrzymująca się na poziomie stałym.

Badanie fizykalne: Stan ogólny ciężki. Silna duszność. Ciepłota ciała 39° pod pachą. Bladość skóry i błon śluzowych. Niski wzrost. Kyphoskolioza kręgosłupa piersiowego z asymetrią klatki piersiowej. Delikatna budowa kośćca. Udo i podudzie lewe dość znacznie zanikłe po przebytym w 16 roku życia złamaniu podudzia. Na twarzy dzioby po ospie. W zakresie głowy żadnych zmian. Objawy płynu w prawej jamie opłucnowej (do kąta łopatki) i objawy nieżytu oskrzelowego w płucu prawym. Płuco lewe bez zmian. Serce w granicach prawidłowych. Przysłuchem: nad wszystkimi ujściami 2 tony, nad końcem serca i podstawą podmuch skurczowy. Tętno 96 na min., miarowe, mierne napięte. Brzuch: wyraźne napięcie powłok brzusznych w dołku podsercowym i okolicy podżebrza prawego. Wątroba wypukiem w linii sutkowej do łuku, w linii środkowej do 1/3 odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, przekracza linię środkową na 3 palce. Z powodu napinania powłok wątroba niewyczuwalna. Śledziona w granicach prawidłowych, niewyczuwalna. Nad całym brzuchem wypuk bębenkowy, żadnych oporów nieprawidłowych się nie stwierdza.

Prześwietlenie Rtg. w dniu przyjęcia (dr Kubrakiewicz): mała ilość płynu w prawej jamie opłucnowej. Cienie wnękowe szersze, z nielicznymi zwapnieniami. Pola płucne i cień środkowy bez zmian. Żołądek wykazuje okrągły ubytek cienia, wielkości kurzego jaja w części zstępującej żołądka. Opuszka dwunastnicy i kiszka gruba bez zmian. Ciężki stan chorego nie pozwala na dokładne zbadanie.

Punkcja prawej jamy opłucnowej: wydobyto 70 cm³ płynu bursztynowo-żółtego, opalizującego, o ciężarze 1019, próba Rivalty dodatnia, białka 6% (Essbach). W preparacie barwionym met. Pappenheima: liczne ciałka białe neutrochłonne, nieliczne ciałka czerwone, nieliczne śródbłonki prawidłowe. W preparacie barwionym metodą Grama drobnoustrojów nie stwierdzono. Posiew płynu na bulionie dał wynik ujemny.

Odczyn Pirqueta: dodatni. Odczyn Biernackiego 88 mm/godz.

Badanie cytologiczne krwi (26. X.): ciałek czerw. 3,270.000, hemoglobiny 40% (Sahli), wskaźnik 0.68. Ciałek białych 30.100. W preparacie barwionym: neutr. segment. 81,6%, pałeczk. 5.2, młodych 2,4, eozynochł. 2,0, zasadochł. 0,8, limfocytów 7,6, monocytów 0,4%. Ciałek czerwonych jądrzastych nie stwierdzono, miernego stopnia anizopoikilocytoza.

Mocz: nieznaczna urobilinuria, chlorki prawidłowe, osad bez zmian. Kał: próba benzydynowa dodatnia, gwajakowa ujemna, zresztą chemicznie i mikroskopowo bez zmian.

Na podstawie dotychczasowych badań przyjąć należy wysiękowe zapalenie opłucnej prawej, przy czym drobnoustrojów w płynie wysiękowym nie stwierdzono.

Pewne wątpliwości nasuwała wysoka leukocytoza, z przesunięciem w lewo i napięcie w prawym podżebrzu. Równoczesne zapalenie płuca prawego z zajęciem opłucnej przeponowej mogło zupełnie dobrze tłumaczyć i wysoką leukocytozę i napięcie w prawym podżebrzu. Rzeczywiście w drugim dniu pobytu na Klinice stwierdzono rdzawe zabarwienie plwociny, oddech oskrzelowy, bliski ucha w okolicy kąta prawej łopatki.

Bez odpowiedzi pozostały na razie pytania: Na jakim tle wystąpił w sierpniu tego roku krwotok żołądkowy? Skąd tak znaczna niedokrwistość wtórna? Jak interpretować ubytek wypełnienia w cieniu żołądka?

Tymczasem w trzecim dniu pobytu na Klinice wystąpiły nagle, bez widocznej przyczyny dwukrotnie wymioty fusowate i ze skrzepami krwi w ilości około 2 szklanek. Hemoglobina spadła do 26%. Stan ogólny ciężki. Tętno 140 na minutę, słabo napięte. Podano środki nasercowe doraźne i tamujące krwawienie, ponadto przetoczenie krwi tej samej grupy (O) w ilości 300 cm³. Poprawa stanu ogólnego. Hemoglobina po przetoczeniu 32%, ciałek czerwonych 3,350.000. W następnych pięciu dniach objawy rezolucji w płucu prawym, płyn sięga tylko 2 palce niżej kąta łopatki. Ciepłota utrzymująca się około 38°, nagle 9 dnia pobytu na Klinice (2. XI.) spada do normy, poprawia się samopoczucie, jednak tętno nadal szybkie, około 100/min. Wysoka leukocytoza (33.000), z neutrofilią (94.8%) i przesunięciem w lewo (22.4% pałeczek) nasuwają logicznie myśl o powikłaniu zapalenia płuca ropniem opłucnej lub płuca. Ponowna punkcja opłucnej wykluczyła ropień opłucnej, liczne włókna elastyczne w plwocinie przemawiały za ropniem płuca.

Prócz objawów płucno-opłucnowych zaczęły od 3 dnia pobytu w Klinice alarmować objawy ze strony przewodu pokarmowego: wyżej wspomniane wymioty krwawe, następnie przez szereg dni kał smołowaty, z następową znaczną niedokrwistością, bolesność i napięcie powłok brzusznych w dołku podsercowym i prawym podżebrzu.

Wobec ciężkiego stanu i niedokrwistości ponowne przetoczenie krwi (3. XI.) w ilości około 400 cm³ z grupy O. Poprawa sta-

nu. W następnych dniach krwawienie z przewodu pokarmowego ustaje (próba benzydynowa w kale stale ujemna).

Tymczasem wzmagają się ponownie objawy płucno-opłucnowe: silny kaszel z odkrztuszaniem plwociny ropno-śluzowej, nieco rdzawej, zawierającej stale włókna elastyczne, bez prątków Kocha, obok rzężeń średnio- i grubo bańkowych dźwięcznych, ponownie oddech oskrzelowy bliski ucha w okolicy prawego kąta łopatki, ilość płynu w prawej jamie opłucnowej wzrasta. Dreszcze, ciepłota podnosi się z 36,3° do 39.6°.

Zmienia się rozumowanie: Czy zapalenia opłucnej i płuca nie wywołuje jakaś sprawa zapalna, tocząca się pod przeponą? Upoważnia do tego przypuszczenia spostrzeżenie, że niezależnie od nasilenia, czy przygasania objawów płucno-opłucnowych stale utrzymuje się bolesne napięcie i lekkie wysklepienie w dołku podsercowym i prawym podżebrzu. Wątroba powiększa się, sięgając w linii sutkowej 4 palce niżej łuku, w linii środkowej nie dochodzi na palec do pępka, przekracza linię środkową na 4 palce, o powierzchni gładkiej, bolesna. Skóra w okolicy prawego podżebrza zabarwiona prawidłowo, nieco obrzękła (5. XI.). Podejrzenie ropienia w prawym podżebrzu. Przy krwotoku żołądkowym nie trudno przypuścić drążenie sprawy zapalnej przez ścianę żołądka w otoczenie, z następowym ropniem podprzeponowym lub podwątrobowym. Odpowiadają tej koncepcji objawy miejscowe i ogólne. W tym nastawieniu wykonane prześwietlenie Rtg. (6. XI.) nie stwierdziło jednak żadnych objawów ropnia podprzeponowego lub podwątrobowego. Mimo klinicznego podejrzenia ropienia okołowątrobowego, nasilenie się objawów płucno-opłucnowych, niedawno przebyty krwotok żołądkowy z następową niedokrwistością znacznego stopnia, ciężki stan ogólny, szybkie i słabo napięte tętno i cechy uszkodzenia mięśnia sercowego w telelektrokardiogramie nie pozwalały na wykonanie nawet najlżejszego zabiegu chirurgicznego, bez narażenia życia chorego.

Przez następne kilka dni stan niezmieniony. Dnia 13. XI. słyszalne tarcie okołowątrobowe i objawy zapalenia płuca po lewej. Dnia 15. XI. wśród silnego kaszlu odkrztusił chory około 2 szklanki plwociny ropnej, po czym napięcie w prawym podżebrzu zmniejszyło się nieco. Znaczne, szybkie powiększenie wątroby w ostatnich dniach, nieproporcjonalne do małych obrzęków na krzyżach i nogach, tarcie okołowątrobowe i odkrztuszenie dużej ilości plwociny ropnej, a następnie zmniejszenie napięcia powłok brzusznych w okolicy wątroby było nieomylną wskazówką, że w wątrobie i otoczeniu toczył się proces ropny, przechodzący przez przeponę na jamę opłucnową prawą i płuco prawe, doprowadzając wreszcie do przebicia przepony i wydalania ropy drogą oskrzeli. Płyn surowiczy jałowy w jamie opłucnowej mógł być przy znacznych zrostach wątrobowo-przeponowo-opłucnowych. Przyjąć należało, że wybijające się na plan pierwszy na początku choroby objawy płucno-opłucnowe były wtórne, a przyczyną ich była sprawa zapalna nurtująca pod przeponą (w wątrobie), chociaż objawy wątrobowo-podprzeponowe wystąpiły wyraźnie dopiero w dalszym przebiegu.

Dotąd nie rozważałem przyczyny krwotoku żołądkowego. Ciężki stan chorego nie pozwalał na dokładne zbadanie przewodu pokarmowego.

Jedyne prześwietlenie Rtg. w dniu przyjęcia wykazało okrągły ubytek cienia wielkości kurzego jaja w części zstępującej żołądka, z zachowaniem fałdów błony śluzowej. Obraz taki może odpowiadać albo guzowi poza żołądkowemu, wpuklającemu ścianę żołądka, albo guzowi wewnątrzżołądkowemu. Krwotok żołądkowy przemawiał za guzem wewnątrz żołądka. Długi okres trwania objawów niedokrwistości (1½ roku) przemawiał za sprawą dobrotliwą: polip, włókniak, mięśniak, nerwiak.

Obraz Rtg. nie odpowiada polipowi, który ma raczej kształt palczasty, z wypustkowatymi ubytkami wypełnienia, natomiast mógłby odpowiadać mięśniakowi, włókniakowi lub nerwiakowi żołądka. Ponieważ guzy te występują w przebiegu choroby Recklinghausena (*neurofibromatosis generalisata)*, należało poszukać guzków na skórze i wzdłuż przebiegu nerwów.

W skórze, czy pod skórą przedramion, dolnej części klatki piersiowej i brzucha stwierdzono rzeczywiście kilka guzków, rozrzuconych bezładnie, wielkości soczewicy, lekko nad poziom skóry wystających. Nad jednymi guzkami skóra niezmieniona, nad innymi z odcieniem sinawym. Wzdłuż przebiegu nerwów żadnych zgrubień nie stwierdzono. Badanie histologiczne jednego guzka wykazało: utkanie *neurofibroma* (doc. dr G r a b o w s k i). Należało przyjąć tę samą etiologię dla ubytku cienia w części zstępującej żołądka. a więc *neurofibroma, neurinoma,* lub *myoma.*

Dnia 17. XI. chory zmarł wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego.

Na podstawie przytoczonego rozważania rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Neurofibromatosis cutis et ventriculi. Enterorrhagia propter exulceratione ventriculi. Anaemia secundaria. Hepatitis abscedens, per diaphragmam in cavum pleurae tendens. Pleuropneumonia abscedens dextra, pneumonia recens sinistra. Adynamia musculi cordis.*

Sekcja (L. prot. 958-18/XI. 1937) została wykonana w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. K.

R o z p o z n a n i e s e k c y j n e: *Neurofibromatosis cutis. Leiomyoma ventriculi. Gastritis catarrhalis chronica, hypertrophica. Gastrectasia. Hepatitis abscedens portalis subsequente abscessu subphrenico lateris dextri et abscessu circumscripto baseos pulmonis dextri. Pleuritis serosa et concretiones pleurales lateris dextri. Bronchopneumonia dispersa ambilateralis. Tumor lienis. Degeneratio organorum parenchymatosa. Dilatatio cordis dextri. Hydropericardium. Aorta angusta. Thrombosis venae iliacae communis sinistrae.*

Szczegóły, tyczące się płuc. wątroby i żołądka przytaczam z protokołu sekcyjnego dokładnie.

„Około 2 litry płynu surowiczego w prawej jamie opłucnowej. *Płuco prawe* pomniejszone, ciężkie, mniej powietrzne, w dolnej części na przekroju stwierdza się ogniska ciemno-wiśniowe, wystające, bezpowietrzne, kruche. Jedynie przypodstawnie znajduje się ropień wielkości jaja kurzego, gąbczasty, podbarwiony żółciowo. Podstawa płuca w tym miejscu silnie zrosła z przeponą. Ropień komunikuje z ropniem podprzeponowym przez martwiczą część przepony. Między przeponą po stronie prawej a wątrobą znajduje się rozległy ropień uciskający i spłaszczający wątrobę. Ropa jest gęsta, zielonkawa. Wątroba nieco zmniejszona. W miejscu, w którym wątroba styka się przez przeponę z ropniem płuca, stwierdza się w niej wielkości przekroju jaja gęsiego gąbczaste utkanie wytworzone z ropni. Ponadto w lewym płacie jest świeży ropień wielkości bobu. Miąższ wątroby jest blady i kruchy.

Żołądek jest znacznie rozdęty i wypełniony treścią płynną, żółciowo podbarwioną, i gazem. Na krzywiźnie większej, mniej więcej w jej połowie, znajduje się uszypułowany guz wielkości małej cytryny, sterczący do światła żołądka. Na szczycie guza widać ubytek błony śluzowej wielkości dwudziestogroszówki o ostrych brzegach, przez który przeziera nierówna powierzchnia guza barwy świeżego mięsa. Za uciskiem wydobywa się z guza przez ubytek gęsta ropa, zielonkawa. U podstawy guza widać 3 podłużne, jakby pęknięcia błony śluzowej, przez które wchodzi się do przestrzeni wielkości bobu, wypełnionej ropą; błona śluzowa żołądka w tym miejscu jest podminowana. Otrzewna w miejscu guza zmian nie wykazuje".

W opisanym przypadku rozpoznano chorobę Recklinghausena klinicznie na podstawie: typowych makro- i mikroskopowo guzków skórnych, zmian kostnych: mały wzrost i znaczne skrzywienie tylno-boczne kręgosłupa, chociaż brak było guzków w przebiegu nerwów obwodowych, brak zmian barwikowych i brak zmian psychicznych.

Przypadek należy więc do nietypowych albo poronnych postaci choroby Recklinghausena. Znane są przypadki tej choroby, w których były tylko plamy barwikowe różnej wielkości, a brak guzków skórnych (R i e h l); w których guzki stwierdzono tylko w środkowym układzie nerwowym (C h r i s t i n i N a v i l l e), lub tylko w rdzeniu (T h o m p s o n, C o u r m o n t i C a d e, G u i b a l, R a y m o n d, C o y o n i B a r r e), a wreszcie przypadki, w których występuje *neurofibromatosa* centralna i nerwów obwodowych bez guzków skórnych (C e s t a n, S i m o n, L i o n i G a s n e, J o a n n y - R o u x, P a s t i n e, G a u d u c h e a u, L a i g n e l - L a v a s t i n e, T i n e l).

Tysiącom guzków skórnych, mozolnie liczonym (W i g g l e s w o r t h 1193, O c t e r l o n y 2033, M o d r z e j e w s k i 3020, H a s s e l b a c h i B r o s s ponad 3000 guzków), przeciwstawić należy skąpą ilość guzków w opisanym przypadku (7). Jeszcze jeden szczegół należy podkreślić: opisywano przypadki ch. R. ze względu na niezwykłą wielkość guzów skórnych, dochodzących do wielkości dyni (B r o s s), lub wagi 17 kg (D e s q u i n). W naszym przypadku guzki skórne uchodziły uwagi przy badaniu zwykłym, dopiero bardzo szczegółowe oglądanie skóry w poszukiwaniu zmian typowych dla ch. R. ujawniło niepozorne guzki, które, według zapodania chorego, wystąpiły na skórze przed 1½ rokiem, równocześnie z objawami niedokrwistości.

Pojawienie się jednoczasowe guzków skórnych i objawów niedokrwistości świadczy o łączności między guzkami skórnymi, charakterystycznymi dla ch. R., a krwawiącym guzem żołądka. Z piśmiennictwa wiadomo, że bujanie neurofibromatyczne może zajmować nie tylko skórę, środkowy układ nerwowy, korzonki nerwowe i nerwy obwodowe, lecz także zakończenia nerwów narządów wewnętrznych. Budowa histologiczna guzów narządów wewnętrznych przedstawia obraz mięśniaka lub połączenie bujania glejowego, mięśniakowego i łączno-tkankowego, które Fran-

cuzi nazywają *Schwannoma* (G. Carrière, C. Huriez i M. Gervois). Budowa histologiczna guza żołądka opisywanego przypadku odpowiada *leiomyoma.* Przyjąć za tym należy, że guz wychodzący ze ściany żołądka należy do obrazu choroby Recklinghausena o przebiegu poronnym.

Epikryza przypadku jest następująca: w przypadku nietypowym choroby R. powstał mięśniak żołądka. W miarę jego wzrostu cieńczała coraz bardziej błona śluzowa na szczycie guza. Wreszcie powstała martwica, która była przyczyną krwawienia utajonego z następową niedokrwistością (maj 1936). Martwica była również początkiem zmian zapalnych guza (okres gorączek: czerwiec-lipiec 1936). Potem sprawa przygasa na rok. Dopiero dnia 8. VIII. 1937 r. zropiały guz uszkadza naczynia krwionośne i wywołuje duży krwotok żołądkowy, a ponadto jest przyczyną ropni wątroby. Z tych jedne drążą ku stronie prawej i wywołują ropień okołowątrobowy. Inne drążą ku przeponie i wywołują odczynowe zapalenie opłucnej i płuca prawego, przebijają przeponę, tworząc połączenie między ropniem podprzeponowym a wytworzonym tymczasem ropniem płuca. Niedomoga mięśnia sercowego była ostatecznie przyczyną zejścia śmiertelnego.

Guz żołądka dobrotliwy pod względem budowy drobnowidowej okazał się bardzo złośliwy z klinicznego punktu widzenia. W tym stanie, w jakim chory zgłosił się do Kliniki (25. X. 1937), kiedy już było odczynowe zapalenie opłucnej i płuca prawego z powodu ropni wątroby, nie można było chorego uratować. Nawet ryzykowne, ze względu na stan ogólny, nacięcie ropnia około wątrobowego nie prowadziło do celu, bo pozostawały liczne ropnie wątroby i zropiały mięśniak żołądka. Jedynie wczesna operacja doszczętna, to znaczy usunięcie guza żołądka, wraz z podstawą, przed wystąpieniem powikłań mogło uleczyć chorego. Niestety, brak wyraźnych objawów podmiotowych i przedmiotowych uniemożliwił wczesne rozpoznanie przed $1^1/_2$ rokiem.

Jeżeli jednak popatrzeć uważnie na całość obrazu klinicznego, można w nim dostrzec pewne objawy, które mogły od początku nasunąć podejrzenie dobrotliwych zmian anatomicznych w żołądku.

Dlatego zajmę się pokrótce obrazem klinicznym dobrotliwych guzów żołądka, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Recklinghausena (włókniaki, mięśniaki, nerwiaki).

Już Recklinghausen stwierdził sekcyjnie w neurofibromatozie ogólnej liczne guzki w żołądku i jelitach. Poza tym Sangalli, Wegner, Modrzejewski, Westphalen, Gerhardt, Katz i Askanazy, Adrian, Lutati, Penzias i inni opisali podobne guzki, określając je przeważnie jako włókniaki lub mięśniaki. Jedynie Recklinghausen, Katz, Askanazy i Adrian na podstawie badań histologicznych stwierdzili związek guzków z nerwami ścian żołądka, czy jelit.

Prawdziwe nerwiaki żołądka stwierdzili sekcyjnie Orzechowski i Nowicki, Henning i inni.

Rzadziej wykrywano w przebiegu ch. R. guzy żołądka i jelit podczas zabiegu chirurgicznego. Tauber opisał przypadek choroby Recklinkhausena, w którym podczas zabiegu stwierdzono liczne guzy jelita, histologicznie rozpoznane jako *leiomyoma.*

H. Hartman obserwował zwyrodnienie mięsakowe włókniaka żołądka w przebiegu ch. R.

A. Ritter opisuje wyleczony operacyjnie przypadek nerwiaka żołądka w przebiegu poronnej postaci ch. R.

Jentzer widział nerwiaki około małego wrzodu modzelowatego żołądka, a Okels w okolicy gojącego się wrzodu. Podobne przypadki opisali Askanazy, Kreibing, Störck.

Nerwiaki żołądka opisali ponadto Szerszyński, Skubiszewski, Bendoni i in.

Nussbaum J. opisuje przypadek guza żołądka, operowany z zejściem śmiertelnym, który był nerwiakiem mięsakowatym.

Na podstawie prac różnych autorów (Lhermitte i Leroux, P. Masson, Gosset i Bertrand) Francuzi określają omawiany typ guzów żołądka jako *Schwannoma,* bo pochodzą z otoczki Schwanna.

Przypadek *Schwannoma* operacyjnie wyleczony opisuje Oettinger, P. Duval i F. Moutier, ponadto Carnot.

Ganglioneuroma i *neurofibroma* w żołądku i jelitach opisali: Branca, Gubermann, Loty, Ritter, Mantz, Picard, Dupuy, Pick, Breiderhoff, Poat Hugh i Keit Inglis, Remander i inni.

Muszę podkreślić, że autorowie, przedstawiając drobiazgowo wygląd makro- i mikroskopowy nerwiaków czy nerwiako-włókniaków, przeważnie nie wspominają o tym, czy były objawy ch. R. Z tego można wnioskować, że napewno nie było na skórze setek, czy tysięcy guzków, lecz nie można być pewnym, czy nie było na skórze kilku guzków, nie uderzających ani swą wielkością, ani zabarwieniem. W wypadkach bez zmian skórnych należy być zatem bardzo ostrożnym, chociaż z drugiej strony przy rozpatrywaniu nieznacznych zmian skórnych w opisywanym przypadku mimo woli nasuwa się analogia z nerwiakami śródpiersia, gdzie prawie zawsze nie ma guzków skórnych.

Dla całości obrazu dodam jeszcze, że opisano nerwiaki w nosie (Mittelbach i Woletz), opłucnej (Pomorski), nerce (Königsdorf, Hornowski i Rudzki, Penzias), nadnerczu (Kawushima, Merck i Bretone), wątrobie (Schusterówna), wyrostku robaczkowym (Masson i Maresch, Madlener, Delitala, Oberndorfer, Schultz A., Schmincke, Steden), pęcherzu (Heusch, Steden) i prostnicy (Winestine). Heusch, Madlener i Steden podkreślają ważność na pierwszy rzut oka niepozornych zmian skórnych dla rozpoznania neurinomatozy narządów wewnętrznych.

Widać z powyższego zestawienia, że ilość przypadków nerwiaków żołądka w przebiegu ch. R. jest niewielka, nawet po wliczeniu włókniaków, włókniako-nerwiaków i mięśniaków, liczba opisanych dotychczas guzów dobrotliwych żołądka w chorobie Recklinghausena nie przekroczy stu przypadków. Przypadek opisywany przeze mnie należy do rozpoznanych przed sekcją.

Mała ilość opisanych przypadków guzów dobrotliwych żołądka w przebiegu choroby Recklinghausena i pomijanie w opisach objawów klinicznych nie pozwala na ustalenie obrazu chorobowego. Ponieważ jednak budowa drobnowidowa guzów dobrotliwych żołądka w pewnych przypadkach ch. R. odpowiada włókniako-nerwiakom, włókniakom i mięśniakom, włączam do obrazu klinicznego również przypadki włókniaków i mięśniaków żołądka bez objawów ch. R., określając wymienione rodzaje guzów wspólnym mianem guzów dobrotliwych żołądka.

Już obecnie podkreślę jednak, że dobrotliwość anatomiczna nie jest równoznaczna z dobrotliwością pod względem klinicznym.

Guzy dobrotliwe żołądka nie występują tak rzadko, jakby się wydawało z krótkich wzmianek w podręcznikach.

Oto kilka przykładów:

Tilger stwierdził na 3500 sekcyj: 7 włókniaków, 3 włókniako-mięśniaki i 3 mięśniaki żołądka.

W Klinice Eiselsberga w ciągu 19 lat zanotowano wprawdzie tylko 3 przypadki mięśniaków żołądka na 1125 operowanych guzów żołądka (Hünermann), ale Halberstma do roku 1921 zestawił z piśmiennictwa 55 przypadków, a Nigrisoli do roku 1927 211 przypadków mięśniaków żołądka.

Widać więc, że schorzenie nie jest bardzo rzadkie.

Pierwotnie sądzono, że nowotwory dobrotliwe żołądka nie mają w ogóle żadnego znaczenia klinicznego (Leube), że przebiegają bezobjawowo. Szereg dalszych spostrzeżeń z objawami nawet groźnymi dla życia zmienia poprzednie zapatrywania.

Objawy występują zazwyczaj w wieku średnim, ale i w wieku młodym (nasz przyp.), bez różnicy płci, trwają długo: miesiące i lata.

Wnet po jedzeniu odczuwają chorzy tępe bóle w dołku podsercowym, którym towarzyszy uczucie pełności, często odbijania puste lub treścią o smaku kwaśnym, czasem wymioty. Apetyt dobry. Często podają chorzy objawy zwężenia wpustu lub odźwiernika, jeżeli guz jest usadowiony w tych okolicach. Najczęściej przewlekła niedokrwistość na niewyjaśnionym tle, lub nieregularnie występujące nagłe krwotoki (kał smołowaty, rzadziej wymioty krwawe) zmuszają chorych do szukania pomocy lekarskiej.

Fizykalnie stwierdza się zwykle dobre odżywienie, czasem bolesność uciskową w dołku, rzadko wyczuwa się guz w okolicy żołądka. Wyczuwalne guzy są ruchome biernie. Badanie treści żołądkowej nie wykazuje zmian charakterystycznych: w jednych przypadkach kwasoty są normalne, w innych niedokwaśność lub brak kwasu solnego wolnego. Należy zwrócić baczną uwagę na to, czy w wydobytej treści żołądkowej nie ma strzępków. W razie ich obecności badanie histologiczne umożliwia rozpoznanie nawet jakości nowotworu.

Prześwietlenie żołądka promieniami Roentgena jest bardzo ważne. Właśnie badaniom rentgenowskim zawdzięczamy to, że nowotwory dobrotliwe żołądka przestały być przypadkowymi odkryciami sekcyjnymi i stały się działem chirurgów. Moore z Kliniki braci Mayo ogłosił 41 przyp. mięśniaków żołądka, z tego w 18 przyp. obraz Rtg. był typowy.

Nowotwory dobrotliwe wewnątrzżołądkowe odznaczają się w prześwietleniu Rtg. charakterystycznym obrazem: zarys cienia żołądka jest prawidłowy, ruchy robaczkowe normalne, w miejscu guza widać ubytek cienia żołądka, o zarysach ostrych, gładkich, z utrzymanymi fałdami błony śluzowej żołądka, guz jest dobrze ruchomy (brak nacieku w otoczeniu).

Dla uzyskania dobrego obrazu Rtg. bardzo ważne są następujące warunki: mała ilość kontrastu, badanie stojąco i leżąco,

przybliżanie ściany żołądka przez ucisk. Troell, Konjetzny, Brodin, Lardennois i Tédesco polecają wydęcie żołądka przed prześwietleniem, aby otrzymać lepszy zarys fałdów błony śluzowej żołądka.

Na podstawie prześwietlenia rentgenolog może rozpoznać tylko guz żołądka. Dopiero współpraca z klinicystą umożliwia rozpoznanie guza dobrotliwego, czasem z określeniem budowy drobnowidowej, jeżeli można zbadać histologicznie strzępki nowotworu wydobyte zgłębnikiem lub przy wziernikowaniu żołądka (Gutzeit, Schindler).

W razie usadowienia nowotworu przy wpuście lub odźwierniku stwierdza rentgenolog ich zwężenie.

Opadanie ciałek czerwonych może być przyśpieszone, jeżeli na szczycie guza wytworzy się martwica błony śluzowej, z następowym stanem zapalnym guza lub jego zropieniem. Wysoka gorączka, poprzedzona dreszczami jest dalszym wskaźnikiem procesu zapalnego.

Oettinger, Duval, Moutier rozróżniają kilka typów schorzenia: 1) typ z banalnymi dolegliwościami ze strony żołądka, 2) typ krwotoczny, przypominający wrzód dwunastnicy, 3) typ przypominający raka żołądka, 4) typ z guzem pojawiającym się okresowo („guz widmo").

Najczęstszym objawem nowotworu dobrotliwego, szczególnie mięśniaka, jest krwotok. Wynika z tego, że zawsze należy myśleć o mięśniaku żołądka, jeżeli jest krwawienie z przewodu pokarmowego, wśród zupełnego zdrowia, powtarzające się, nie mające wytłumaczenia, ani klinicznego, ani rentgenologicznego.

W przypadkach pozytywnych nie należy zadowolić się rozpoznaniem guza dobrotliwego żołądka, lecz pójść dalej i szukać objawów ch. R. Zawsze bardzo dokładnie oglądnąć skórę w poszukiwaniu nerwiaków, włókniaków, zmian barwikowych lub naczyniowych (Carrière, Huriez i Gervois).

Zwrócić uwagę na inne objawy ch. R.: niski wzrost, skrzywienie tylno-boczne kręgosłupa, zaburzenia rozwojowe kośćca, wrodzone zwężenie lewego ujścia żylnego (Sequeira i Clark, Carrière, Huriez i Gervois), zmiany psychiczne: depresja, apatia, czasem podniecenie na przemian z depresją, psychoza okresowa, zaburzenia pamięci, ogłupienie. Szczególnie zniekształcenie kręgosłupa jest tak częste w ch. R., że Branchard w swej tezie słusznie powiada: w każdym przypadku większego skrzywienia kręgosłupa szukać należy choroby Recklinghausena. Tezę Brancharda rozwinąłbym jeszcze następująco: w każdym przypadku ch. R. z nieokreślonymi dolegliwościami żołądkowymi: szukać mięśniaka, czy nerwiaka żołądka, w każdym przypadku ch. R. z niedokrwistością: myśleć o krwawiącym mięśniaku żołądka, a w każdym przypadku ch. R. z gorączką: myśleć o mięśniaku zropiałym (nasz przypadek, włókniak w przypadku Liebleina).

Co się tyczy powikłań, ograniczano się dotychczas przeważnie do podkreślenia: zwyrodnienia złośliwego (mięsakowatego bez przerzutów), krwotoku i zwężenia odźwiernika, nawet przy małych mięśniakach w okolicy odźwiernika (Guleke). Hansemann opisał przypadek wrzodziejącego mięśniaka żołądka z licznymi mięśniakami wątroby o tym samym utkaniu drobnowidowym.

Na podstawie opisanego przypadku podkreślić należy zropienie guza, ze wszystkimi możliwymi następstwami. W naszym przypadku częściowe zropienie guza było przyczyną powtarzającego się krwotoku żołądkowego, ropni wątroby, ropnia okołowątrobowego i podprzeponowego, z przebiciem przez przeponę do płuc. Powikłaniom tym towarzyszyło odczynowe zapalenie opłucnej i płuca.

Kaufmann opisał przypadek mięśniaka żołądka wagi 2 kg, który skręcił oś żołądka, wywołując śmierć chorego.

W rozpoznaniu różniczkowym należy uwzględnić: u młodych ludzi wrzód żołądka i dwunastnicy, u starszych raka żołądka, ponadto polip i nieżyt żołądka.

Przeciw wrzodowi żołądka i dwunastnicy przemawiają: bóle niezbyt silne i niezależne od rodzaju pokarmu, brak bólów głodowych, brak ustępowania bólu po przyjęciu pokarmów i brak okresowości.

Przeciw rakowi żołądka przemawiają: długi czas trwania, dobre odżywienie, krwawienia okresowe, przeważnie krwotoki duże, przy czym rzadko stwierdza się wymioty krwawe, najczęściej kał smołowaty, guz nie jest zawsze wyczuwalny i w prześwietleniu Rtg. niestale widoczny, dobrze ruchomy tak, że można go uważać za guz okrężnicy, śledziony, lub nerkę wędrującą, obraz rentgenowski guza nie zniekształca cienia żołądka, kwasoty treści żołądkowej zazwyczaj są normalne, brak kwasu mlekowego, brak przerzutów mimo długiego czasu trwania.

Wyniszczenie pokrwotoczne lub wskutek zwężenia odźwiernika u osobników starszych z wyczuwalnym guzem, przyśpieszenie opadania ciałek czerwonych może nasuwać duże trudności w wykluczeniu raka.

Za polipem przemawia: utajone krwawienie bez rozległych krwotoków, biegunki, brak kwasu solnego wolnego, objawy zwężenia odźwiernika, brak wyczuwalnego guza, charakterystyczny obraz rentgenowski, brak chery nowotworowej.

Przeciw *gastritis* przemawia krwawienie i obraz rentgenowski.

Omawiając objawy, przebieg i rozpoznanie różniczkowe guzów dobrotliwych żołądka, miałem na myśli guzy wewnątrz żołądkowe. Obecnie wspomnę w kilku słowach o guzach dobrotliwych zewnątrz żołądkowych. Objawy ich są bardzo skąpe. Krwotok żołądkowy spostrzega się tylko wyjątkowo, gdy wpuklona przez guz błona śluzowa ulega martwicy. Najczęściej guz rośnie szybko na zewnątrz i dochodzi do olbrzymich rozmiarów. W przypadku Steinera mięśniak żołądka ważył 7 kg, w przypadku Eiselsberga i Erlacha włókniako-mięśniak ważył $5^{1}/_{2}$ kg. Czasem guz usadowiony na krzywiźnie dużej schodzi swoim ciężarem do miednicy małej, naśladując torbiele jajnika (Löwit, Mączewski).

Należy zatem myśleć również o mięśniaku zewnętrznym, wychodzącym z krzywizny dużej żołądka, jeżeli stwierdza się guz obły w podbrzuszu.

Mimo dobrotliwości budowy drobnowidowej rokowanie jest zawsze wątpliwe ze względu na możliwość zwyrodnienia mięsakowatego, możliwość krwotoku nawet śmiertelnego (Niemeyer, Miodowski, Fischer, Nauck) i zropienia ze wszystkimi możliwymi powikłaniami (nasz przypadek).

Jedynie racjonalnym leczeniem guzów dobrotliwych żołądka jest ich usunięcie z podstawą, resekując częściowo żołądek.

Nie budowa drobnowidowa, lecz złośliwy przebieg i możliwość powikłań (krwotok, ropienie i zwyrodnienie złośliwe, objawy zwężenia wpustu lub odźwiernika) są koniecznym wskazaniem do zabiegu.

Im wcześniej wykonuje się zabieg, tym mniej powikłań. W przypadku opisanym, ze względu na liczne i ciężkie powikłania, nie można już było wykonać zabiegu.

W przypadkach z krwotokiem żołądkowym lub gorączką, które nie mają uzasadnienia klinicznego, należy myśleć o guzach dobrotliwych żołądka, lecz pamiętać, że występują one bardzo rzadko, więc nie można ich rozpoznać zbyt często, jednak na pewno częściej niż dotychczas.

Ze względu na ciężkie powikłania guzy dobrotliwe żołądka zasługują na większą uwagę klinicystów. Powinien się nimi zainteresować internista i chirurg, a nie wyłącznie anatomo-patolog.

Streszczenie

Opis przypadku poronnej postaci ch. R. z mięśniakiem żołądka. Z powodu martwicy błony śluzowej i zropienia mięśniaka wystąpiły obfite krwotoki żołądkowe, przerzutowe ropnie wątroby, ropień podprzeponowy, który przebił przez znekrotyzowaną przeponę do płuc. Autopsja potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Opisany przypadek nasuwa następujące myśli: zwracać większą uwagę na poronne postacie ch. R. W każdym przypadku krwotoku żołądkowego, który występuje nagle, bez wytłumaczenia klinicznego i rentgenologicznego, myśleć o guzie dobrotliwym żołądka. W każdym przypadku guza dobrotliwego żołądka oglądać bardzo dokładnie skórę, zwrócić uwagę na budowę kośćca i inne zmiany spotykane w ch. R. Ze względu na możliwość groźnych dla życia powikłań (krwotok, zropienie, zwyrodnienie złośliwe) należy guzy dobrotliwe żołądka jak najwcześniej operować.

Piśmiennictwo:

Adrian: Bruns. Beitr. z. klin. Chir. 31, 1, 1901; Wien. klin. Woch. 32, 1912. — Albrecht H. U.: Röntgenprax. 1, 241, 1929. — Baumecker H.: Arch. f. klin. Chir. 163, 312, 1930. — Bendani G.: Ann. Ital. d. Chir. 241, 1934, ref. Arch. mal. dig. 25, 212, 1935. — Bircher: Med. Klin. 7, 223, 1908. — Bland-Sutton J.: Lancet. 199, 5, 1920; Zbl. f. in. Med. 14, 135. — Bouvier E.: Arch. f. klin. Chir. 131, 163, 1924. — Breiderhoff: Zbl. f. Chir. 2787, 1924. — Brodin P., Lardennois i Tédesco: Arch. mal. dig. 23, 784, 1933. — Bross W.: Patologia. Rok II, zesz. 1. — Carnot: Ann. Med. et Chir. 1, 37, 1929. — Carrière G., Huriez C. i M. Gervois: Gaz. d. hop. 31, 533, 1936. — Desquin: Annal. de la Soc. de med. Anvers 1891. — Desseckег C.: Arch. f. klin. Chir. 119, 695, 1922. — Domanig E.: Wien. klin. Woch. 520, 1930. —

Eiselsberg: Arch. f. klin. Chir. 54, 568, 1897. — Erkes F.: Zbl. f. Chir. 50, 256, 1923. — Fischer wg Nowickiego. — Friedrich L.: D. m. Woch. 41, 1139, 1920. — Galdan D. i Pop A.: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 35, 270, 1926. — Garré: Beitr. z. klin. Chir. 9, 3. — Gebhardt H.: Röntgenprax. 2, 913, 1930. — Glass J.: Medycyna. 430, 1935. — Gossage A. M. a. J. Braxton Hicks: Proced. of the roy. soc. of med. 7, 33, 1913, ref. Zbl. in. Med. 9, 630. — Guleke N.: Zbl. f. Chir. 51, 50, 1924 i Arch. f. klin. Chir. 142, 478. 1926. — Gutzeit K.: D. Arch. f. klin. Med. 153, 346, 1926. — Hake: Beitr. klin. Chir. 78, 1912. — Halberstma przyt. Gutzeit. — Hartman H.: Surg. Gyn. a. Obst. 3, 308, 1927, ref. Arch. mal. dig. 17, 1063. 1927. — Hornowski i Rudzki: Roczn. Lek. 1, 1909. — Hünermann Th.: Arch. f. klin. Chir. 124, 258, 1923. — Jentzer: Press. Méd. 892, 1923. — Kawashima K.: Virch. Arch. 203, 1. — Kienböck i Rösler: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Erg. 42, 1932. — Klose: Klin. Woch. 817, 1926. — Kleiber N.: Zbl. f. Chir. 25, 1341, 1924. — Konjetzny G. E.: Bruns. Beitr. z. Klin. Chir. 119, 53, 1920. — Krzyształowicz Fr.: Przegl. Lek. 1902. — Kratzeisen E.: Ztschr. f. Krebsforsch. 19, 227, 1922. — Kreibig: Zbl. f. Chir. 1603, 1930. — Lecène: Paris medic. 14, 1925, ref. Arch. mal. dig. 16, 497. 1926. — Leube: Spezielle Diagnostik innerer Krankheiten, 1904. — Lieblein N.: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 35, 419, 1922. — Lier W.: Ztschr. f. klin. Med. 8, 261, 1914. — Lockwood B. C.: Journ. Amer. Med. Ass. 969, 1933, ref. Arch. mal. dig. 22, 697, 1932. — Lossen H.: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 30, 28, 1922. — Löwit A.: Wien. klin. Woch. 45, 1792, 1912. — Lutati C. V.: Monatschr. f. prakt. Dermat. 2. 1911. — Matyas M.: Arch. f. Klin. Chir. 182, 408, 1935. — Mączewski St.: Gin. Pol. 13, 995, 1934. — Merck i Bretone: Journ. de prat. 2, 1903. — Meyer-Borstel H.: Röntgenprax. 3, 36, 1931. — Minnes James F. a. Charles F. Geschickter: Amer. J. Canc. 28, 136, 1936, ref. Zbl. in. Med. 89, 53, 1937. — Miodowski wg Nowickiego. — Mittelbach i F. Woletz: Med. Klin. 275, 1935. — Modrzejewski E.: Berl. klin. Woch. 42, 627, 1882. — Moore A. B.: wg Schroedera. — Nauck E. G.: Frankf. Z. f. Path. 30, 191, 1924. — Niemeyer wg Nowickiego. — Nowicki W.: Anatomia Patologiczna szczegółowa. T. I. — Nussbaum J.: Warsz. Czas. Lek. 20, 467, 1932. — Octerlony wg Modrzejewskiego. — Ödquist Henning: Acta radiol. (Stockholm) 18, 112, 1937, ref. Zbl. in. Med. 91, 220, 1937. — Oettinger, P. Duval i F. Moutier: Arch. mal. dig. 15, 592, 1925. — Okels wg Rittera. — Orator V.: Virchov. Arch. f. path. Anat. u. Phys. 256, 230, 1925. — Orzechowski K. i W. Nowicki: Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 11, 237, 1912, i Neurologia Polska. 1912. — Fendl F.: Med. Klin. 23, 88, 1927. — Philipowicz J.: Zbl. f. Chir. 61. 2336, 1934. — Penzias M.: Lw. T. Lek. 43/4, 697, 1912. — Pomorski: Virch. Arch. 111. 60, 1888. — Puskeppelies M.: Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. 240, 361, 1922. — Recklinghausen: Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. 1882. Festschrift f. R. Virchow. — Renander A.: Acta radiol. (Stockh.) 17, 491, 1936, ref. Zbl. in. Med. 89, 122, 1937. — Rigler Leo G. a. Lester G. Ericksen: Radiology, 26, 6, 1936, ref. Zbl. in. Med. 86, 81. — Ritter A.: Schweiz. med. Woch. 50, 1201, 1931. — Roger G. H., F. Widal i P. J. Teissier: Nouveau Traité de médecine 31, 530. — Schmincke: Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. 84, 293, 1923. — Schob: Die Neurofibromatose w: Kraus-Brugsch, Spez. Path. u. Therapie inn. Krankheiten. B. X/3, str. 894. — Schosserer W.: Wien. klin. Woch. 33, 1188, 1928. — Schroeder F.: Arch. f. klin. Chir. 184, 738, 1936. — Schultz: Zbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat. 33, 172, 1922. — Schusterówna H.: Lek. Wojsk. 10, 1921. — Skubiszewski F.: Pol. Przegl. Chir. 10, 434, 1931. — Starck H.: D. Arch. f. klin. Med. 162, 68, 1928. — Steden E.: Zbl. f. Chir. 25. 1520. 1932. — Steiner: Beitr. klin. Chir. 22, 1898. — Szerszyński B.: Pol. Przegl. Chir. 10, 434, 1931. — Tauber R.: Wien. klin. Woch. 780, 1923. — Tilger: Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. 133. — Troell A.: Acta radiol. 7, 568, 1926; Zbl. in. Med. 44, 738. — Tyóvity: Bruns' Beitr. z. kl. Chir. 84, 299. — Verocay: Ziegl. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. 48, 1910. — Weber E.: Zbl. f. Chir. 50, 1558, 1923. — Wigglesworth wg Modrzejewskiego.

Dr Bernard ENGLÄNDER Kraków

Przyczynek do sprawy wyjaławiania narzędzi

Dotychczasowy sposób wyjaławiania narzędzi położniczych przez wygotowanie ich, sposób powszechnie używany i dający dobre usługi, jest jednak o tyle niewygodny, że zabiera stosunkowo dużo czasu, a niejednokrotnie właśnie chodzi o zabieg położniczy, który, jak na przykład w przypadku duszenia się płodu, powinien być jak najszybciej wykonany; tu nieraz już minuta ma wielkie znaczenie. Również dla położnika bardzo zajętego, z rozległą praktyką prywatną, nie jest obojętne, jak długo u jednej chorej zabawi.

W tej sytuacji byłem nieraz i zastanawiałem się nad tym, jak by temu zaradzić. Bo jak wszyscy tak i ja trzymałem się do końca roku 1918 powszechnie dotąd używanej metody wyjaławiania narzędzi. Mimo dobrych wyników, byłem jednak nieraz niezadowolony, że nie mogłem wcześniej się uporać z porodem u jednej chorej, by pospieszyć z pomocą do drugiej.

I inni odczuwali tu pewne braki, nic więc dziwnego, że starano się temu stanowi zapobiec. Inicjatywa wyszła swego czasu z Niemiec i to w czasach, kiedy zaprowadzono także praktykę polikliniczną. Otóż zaproponowano tam wyjaławianie narzędzi położniczych przez wygotowanie ich w klinice, co też się odtąd stale tam działo. Narzędzia dla każdego zabiegu położniczego z osobna umieszczano w workach wyjaławianych i lekarze polikliniczni jadąc do porodu na miasto wozili je ze sobą w torbach. Przyznam się, że sposób ten nie bardzo jest wygodny; mimo że narzędzia są wyjaławiane i umieszczane w wyjałowionych woreczkach, to jednak przy wyjmowaniu ich i rozpakowywaniu może się zdarzyć jakieś uchybienie, które stawia pewność wyjałowienia ich pod znakiem zapytania. A ponadto nie każdy lekarz praktyk ma u siebie w domu urządzenie do wyjaławiania narzędzi, a także i odpowiedniego pomocnika.

Mając zeszyć krocze po porodzie, włożyłem w domu chorej narzędzia do ręcznego aparatu sterylizacyjnego, który zawsze do każdego porodu ze sobą zabierałem, to jest do wanienki wlałem trochę spirytusu, rozlałem go tak, aby pokrył całe dno wanienki i zapaliłem. Po upływie minuty narzędzia były gotowe do użycia. Do chwili, gdy umywszy się mogłem się już zabrać do zabiegu, narzędzie wychłódły. Wynik był dobry, chora nie dostała gorączki. Odtąd coraz częściej używałem tego sposobu, z początku tylko do założenia szwów na kroczu, później widząc dobre wyniki przeszedłem do wyjaławiania tym sposobem narzędzi także do innych zabiegów położniczych i mniejszych zabiegów ginekologicznych (*discisio*, plastyka krocza, plastyka przedniej i tylnej ściany pochwy).

Z biegiem czasu zamiast czystego spirytusu zacząłem używać spirytusu skażonego, z równie dobrym skutkiem. Metodą tą posługiwałem się odtąd, to jest od roku 1919, wyłącznie przez lat kilkanaście i mogę ją polecić jako metodę pewną, szybką i w użyciu wygodną, nieskomplikowaną.

Prof. dr Jan OLBRYCHT Kraków

Kilka uwag na marginesie artykułu J. Makowca pt. „Wpływ ziemi jako podłoża śladów krwawych na wyniki badań"

(Polska Gazeta Lekarska, Nr 17, 1938)

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

W ubiegłym roku w nr 3 Polskiej Gazety Lekarskiej podali S. Horoszkiewicz i J. Makowiec w tymczasowym doniesieniu, że w razie zmieszania krwi ludzkiej z ziemią, piaskiem, żwirem, próba precypitynowa z wyciągami z tych mieszanin wypada przeważnie ujemnie, chociaż w wyciągach tych dawało się wykazać białko kwasem sulfosalicylowym.

Wyniki zapowiedzianych wówczas badań, mających za zadanie wyjaśnienie czynników wpływających na ujemny wynik próby precypitynowej we wspomnianych warunkach doświadczalnych, ogłosił niedawno J. Makowiec pod podanym w nagłówku tytułem. Wyniki tych badań dadzą się streścić następująco:

a) Niemożność wykazania próbą precypitynową białka ludzkiego w wyciągach mieszanin ziemi z krwią ludzką, mimo wykazania w nich barwika krwi i śladów białka, polega na adsorbcji białka krwi, natomiast stężenie jonów wodorowych wyciągów z tych ziem nie może mieć jakiegokolwiek wpływu na ten wynik badania.

b) Element grupowy „A“ lub „B“ daje się wykazać w wyciągach z ziem, mimo braku tych elementów, tak w krwi użytej do mieszanin z ziemiami, jak i w czystych ziemiach.

c) Wyciągi z pewnych ziem dają wyraźny strąt zarówno z surowicą swoistą, jak i ze surowicami królików i świnek morskich nieuczulonych na żadne białko, przy czym powstanie strątu jest według autora zależne od soli wapniowych zawartych w tych wyciągach.

d) Ponieważ sole wapniowe mogą znajdować się we wielu ziemiach i na różnych podłożach śladów krwawych, przeto według autora jest niezrozumiałe, że dotąd nie zwrócono w podręcznikach uwagi na konieczność dokonywania przy odczynie precypitacyjnym prób kontrolnych w tym kierunku, czy wyciągi z podłoża niezakrwawionego nie dadzą dodatniego wyniku z surowicą precypitynową oraz czy wyciągi z miejsca zakrwawionego nie dadzą strątu w zetknięciu się ze surowicami nie zawierającymi precypityn.

Ponieważ autor zapowiada przeprowadzenie dalszych badań dotyczących ustalenia czy budowy tych związków, jak również obecności i działania drobnoustrojów oraz domieszki próchnicy, które mogłyby odgrywać pewną rolę, chcąc mu zaoszczędzić prawdopodobnie długiej i mozolnej pracy nad zagadnieniem owych związków wapniowcowych z krwią, należy stwierdzić:

1) Zarówno sole wapniowe, jak sole magnezu, strątu, czy baru zawarte w glebie nie mogą być odpowiedzialne za znikanie odczynu precypitynowego krwi; związki te bowiem nie posiadają ani zdolności adsorbcyjnych, ani nie tworzą związków nierozpuszczalnych (kompleksowych, czy innych) z krwią.

2) Natomiast znikanie tego odczynu zależy w głównej mierze od zawartej w glebie glinki (Al_2O_3) i tlenków żelaza (Fe_2O_3) i jest prawdopodobnie skutkiem ich działania adsorbcyjnego.

3) Występowanie strątów w wyciągach z gleb przy zetknięciu się ze surowicami królików i świnek morskich, nieuczulonych na żadne białko, nie można także przypisać zawartym w tych wyciągach solom wapniowców, lecz raczej wywołują je rozpuszczalne sole glinu, żelaza, czy też ciała garbnikowe w niej zawarte. Nie są tegoż powodem ani drobnoustroje (ziemia kompostowa), ani obecność próchnicy.

Tabl. I

Rodzaj soli	Odczyn precypit. w rozcieńcz. 1:10	1:100	1:1000	Uwagi
Chlorek magnezu	—	—	—	
Chlorek wapnia	—	—	—	
Chlorek baru	?	—	—	
Azotan strontu	—	—	—	Zmętnienie wskutek obecności CO_2 w surowicy krwi.
Wyciąg z gipsu	—	—	—	
Wyciąg z próchnicy wierzbowej	—	—	—	
Wyciąg z ziemi kompostowej	—	—	—	

Rzut oka na umieszczone tablice potwierdza słuszność powyższych twierdzeń.

Ponieważ w praktyce sądowo-lekarskiej krew może znajdować się na wszelkich możliwych przedmiotach, co może mieć wpływ na wynik odczynu precypitynowego, nic dziwnego, że bardzo obszerne w tym kierunku badania (także nad wpływem ziemi ogrodowej) były przeprowadzone przede wszystkim przez twórcę praktycznego zastosowania *pro foro* odczynu precypitynowego Uhlenhutha i jego szkołę, a nadto przez Nuttala, Czystowicza, Dürcka, Graham-Smitha, Sängera, Ziemkego i innych. Jest zrozumiałe, że o kwestiach tych jako zbyt specjalnych i szczegółowych nie może być mowy w podręcznikach medycyny sądowej, ale nie trzeba ich nawet poszukiwać w oryginalnych pracach wspomnianych autorów, ponieważ są one zebrane w monografii Uhlenhutha i Weidanza[1]) o praktycznym wykonywaniu odczynu precypitynowego.

Otóż w monografii tej Dürck i Uhlenhuth stwierdzili, iż wyciąg z kory drzewnej daje zarówno za dodatkiem surowicy precypitującej, jak i surowicy normalnej strąt z powodu zawartości kwasu garbnikowego w korze. W jednym przypadku obserwował to samo Uhlenhut przy badaniu plam na pewnej tkaninie. Także niektóre wyciągi ze skóry z tego samego powodu dają już za dodatkiem nawet normalnej surowicy strąt, o czym także sami mieliśmy sposobność przekonania się przed szeregiem lat *ex re* sądowo-lekarskiego badania plam krwawych znajdujących się na obuwiu. Aczkolwiek przez zobojętnienie takiego wyciągu udaje się usunąć ten błąd w znacznej większości przypadków, to jednak w jednym gatunku skóry (gruba, żółta skóra) nie powiodło się to. Przyjmuje się, że już sam sposób preparowania tej skóry mógł sprowadzić zniszczenie strącalnej substancji krwi (Graham-Smith).

W tejże monografii można także znaleźć, że proponowane przez autora kontrole w przypadkach badań śladów krwawych polecił już sam twórca metody precypitynowej Uhlenhuth, podając dokładny przepis, w jaki sposób i z jakimi kontrolami należy dokonywać próbę precypitynową *pro foro*. I tak w probówce kontrolnej nr II poleca on dodatek normalnej surowicy króliczej do wyciągu z plam badanych (*„Die Kontrolle, Röhrchen II — Zusatz von normalen Kaninchenserum zu der Untersuchungslösung, die absolut klar bleiben muss, hat den Zweck, nachzuweisen, dass die in Röhrchen I etwa beginnende Trübung nicht auf allgemein physikalische Einwirkung infolge von Kaninchenserumzusatz zu beziehen ist“*), w probówce zaś kontrolnej Nr VII poleca dodatek surowicy precypitynowej do wyciągu z samego podłoża (*„Die Kontrolle, Röhrchen VII liefert uns en-*

[1]) Uhlenhuth i Weidanz: *Praktische Anleitung zur Ausführung des biologischen Eiweissdifferenzierungsverfahrens mit besonderer Berücksichtigung der forensichen Blut — und Fleischuntersuchung, sowie der Gewinnung präzipitierender Sera. Jena 1909. Verlag von Gustav Fischer.*

Tabl. II

Rodzaj soli	Odczyn precypitynowy w rozcieńczeniu 1:100	1:1000	1:2000	1:8000	1:10000	1:60000	1:100000
Chlorek glinu	+++	+++	+++	+++	+++	++	+
Chlorek żelazowy	+++	+++	+++	+++	+++	+	—
Ałun chromowy	+++	+++	+++	±	—	—	—
Kwas garbnikowy	+++	++	+	—	—	—	—
Wyciąg z kory świerkowej	+++	+++	++	+	—	—	—

Tabl. III

Wyciąg z podłoża (20 cm³ 0,85% NaCl)	Barwa	Białko	Odczyn precyp.	Wyciąg z podłoża + krew ludzka (20 cm³ 0,85% NaCl)	Wyciągano po	Barwa	Białko	Odczyn precyp.	Barw. krwi
10 g kamienia wapiennego (97% $CaCO_3$) drobno sproszk.	bezbarwn.	—	—	10 g tegoż Al_2O_3 + 0,1 cm³ krwi	24 h	czerwon.	+	+++	+++
10 g piasku, średnio-ziarnistego	bezbarwn.	—	—		24 h	żółto-czerwon.	+	+++	+
10 g tlenku glinu, ch. cz.	bezbarwn.	—	—		24 h	bezbarwn.	—	—	—
10 g rudy żelazn.-darniow. (52,6% Fe), drobno				10 g tegoż wapienia + 0,1 cm³ krwi 10 g tegoż piasku + 0,1 cm³ krwi					
sproszk.	bezbarwn.	—	—	10 g tejże rudy + 0.1 cm³ krwi	24 h	bezbarwn.	—	—	—
10 g ziemi ogrodowej	bezbarwn.	—	—	10 g tejże ziemi + 0,5 cm³ krwi	6 dn.	żółtawa	+	—	—
10 g ziemi ogrodowej	bezbarwn.	—	—	10 g tejże ziemi + 1,0 cm³ krwi	6 dn.	żółta	++	+	+
10 g ziemi ogrodowej	bezbarwn.	—	—	10 g tejże ziemi + 1,5 cm³ krwi	6 dn.	żółto-czerwon.	+++	+++	++
10 g ziemi ogrodowej	bezbarwn.	—	—	10 g tejże ziemi + 1,0 cm³ krwi	8 dn.	nieco żółtawa	±	—	—

dlich den Beweis, dass der Stoff, im dem das Blut eingesogen ist, nicht bereits für sich allein bei Zusatz des Antiserums eine Trübung hervorruft").

Co do badań dotyczących określania przynależności grupowej krwi zmieszanej z ziemią, to autor słusznie podkreśla konieczność dużej ostrożności w ocenie wyników takich badań, ponieważ wykazywał element „A" lub „B" mimo braku tych elementów tak w krwi użytej do mieszania z ziemiami, jak i w czystych ziemiach. Ta ostrożność z uwagi na możliwość obecności w ziemi przypadkowych zanieczyszczeń sokami ustrojowymi ludzkimi, zwierzęcymi, roślinnymi itp. jest tym bardziej konieczna.

NOWE SPOSOBY LECZENIA

Dr Edmund MARGIEL Lwów

Otyłość i jej leczenie

Dokończenie

Najistotniejszym zadaniem tarczycy jest regulowanie natężenia procesów spalania w ustroju. Nie wiemy dotychczas, w jaki sposób tarczyca wzmaga procesy utleniania. Tarczyca reguluje metabolizm, pobudliwość nerwową oraz zróżnicowanie i wzrost ustroju. Tyroksyna wstrzyknięta podskórnie lub dożylnie daje takie samo działanie, jak tarczyca sproszkowana, a więc podnosi spalanie. Działanie ujawnia się dopiero po upływie 1—3 dni, szczyt działania przypada na 8—10 dzień, po czym następuje powolny spadek do 30 dni i dłużej. Skuteczność tyroksyny jest znacznie większa u osobników z niedomogą tarczycy, reakcja na tarczycę jest wprost proporcjonalna do niedoboru tyroksyny w danym ustroju.

U chorych z *niedomoga tarczycy* stwierdzamy następujący obraz: ciepłota ciała jest obniżona, istnieje nadmierna wrażliwość na zimno, skóra jest sucha, dłonie i stopy zimne. Chorzy tacy (często leczeni na neurastenię) łatwo się męczą, nie są zdolni do wysiłków fizycznych i umysłowych, mają często bóle głowy migrenowe. U kobiet często zaburzenia miesiączkowe *(ameno-dysmenorrhoe)*, u mężczyzn często bezpłodność *(oligozooastheno-nekrospermia)*. W 25% przypadków rozwija się otyłość.

W *diagnostyce różniczkowej* pamiętać należy o:

1) obrzęku śluzakowatym,

2) zwykłych obrzękach rozmaitego pochodzenia,

3) awitaminozach. Zaburzenia w przemianie wodnej i soli prowadzą do nadmiernej wagi, ale nigdy do prawdziwej otyłości.

Otyłość jest ciężkim schorzeniem i powinna być leczona. Ujemne działanie na szereg narządów, a zwłaszcza na serce jest wskazaniem do przeprowadzenia leczenia. Otyłość skraca życie (ubezpieczenia nie przyjmują otyłych).

Wskazania do leczenia odtłuszczającego są następujące:

1) Leczenie jest bezwzględnie wskazane przy wadze 100—120 kg i więcej, w średnim wieku. Przeciwwskazania stanowią wiek powyżej 60 lat i poniżej 20 (jeśli chodzi o leczenie energiczne).

2) Leczenie jest względnie wskazane przy wadze 70—100 kg, przy nadwyżce 10—25 kg.

3) W przypadkach lekkich, w których nadwaga nie wynosi więcej, jak 10%, nie trzeba przeprowadzać leczenia intensywnego, wystarczy jakościowe ograniczenie diety i wzmożenie ruchów.

4) Osobne wskazania stanowi otyłość w wieku dziecięcym, starczym, przy chorobach zastawkowych serca, miażdżycy, schorzeniach wątroby i cukrzycy.

5) Leczenie otyłości pochodzenia przysadkowego, nadnerczowego, nie będzie omawiane ze względu na szczupłość ram tego skromnego sprawozdania leczniczego.

Leczenie tarczycą przy dowolnie wybranej diecie pozostaje zawsze bez skutku, gdyż pomimo zwiększonego spalania o 30—40%, utrata zostaje wyrównana przez zwiększenie ilości pokarmów. Wiele szkód powstało na skutek źle lub bez kontroli przeprowadzonego leczenia, a jak słusznie podaje O. David, otyłość można usunąć pewnie i zupełnie bezpiecznie. Tyroksyna nie daje żadnego niebezpieczeństwa, jeśli jest podawana umiejętnie i pod kontrolą. Hirsch podaje cały szereg przypadków usunięcia otyłości przy pomocy tyroksyny bez żadnej diety *(M. Kl. 1926)*. Niektórzy autorowie, jak R. Franck są zdania, że należy przeprowadzać nawet kosmetyczne odtłuszczanie, gdyż każde leczenie tyroksyną jest zupełnie bezpieczne, jeśli jest stosowane pod kontrolą. Oczywiście *larga manu* podawać jej nie wolno. H. Eppinger donosi o dobrych wynikach stosowania tarczycy i nowasurolu przy diecie ubogiej w sól i wodę. Wychodzi z założenia, że przy otyłości w tkance podskórnej gromadzi się sól i woda *(hydrolipomatosis* Bergmanna). Ten sposób leczenia jest zupełnie niepotrzebny przy stosowaniu tyroksyny, a cały szereg autorów podkreśla, że ograniczanie wody (chyba, że są wskazania ze względu na nadciśnienie) nie ma żadnego uzasadnienia.

Jeżeli tzw. terapia bilansowa, tj. ograniczenie dowozu, jakościowe i wzmożenie spalania, przez czynniki zewnętrzne nie odniesie skutku, należy zastosować tyroksynę, a w praktyce prawie zawsze z tym się spotykamy, gdyż zgłaszają się do nas chorzy, którzy już wszystkiego na własną rękę próbowali. Próby z innymi gruczołami okazały się bezskuteczne. Wyniki są jedynie przy zastosowaniu tyroksyny lub tarczycy. Tego samego zdania jest L. Pollak. G. Koehler twierdzi, że równoczesne podawanie wapnia przy stosowaniu tyroksyny, wzmaga jej działanie (natomiast sole potasowe osłabiają). W tym celu podaje 15% *sol. Calc. acet.* 2—3 razy dziennie łyżkę stołową. L. Pollak donosi o doskonałych wynikach przy stosowaniu tarczycy i zastrzyków domięśniowych mleka (co 4 dni 3—7 cm^3). Podwyższa to w znacznym stopniu próg tolerancji na tyroksynę. Szybkie występowanie nadtarczyczności przy podawaniu sproszkowanej tarczycy często jest przeszkodą w leczeniu, ale nawet i w tych przypadkach podawanie mleka w zastrzykach oddaje nieocenione usługi, jak podają Eppinger i Kisch.

Nie powinno się stosować leczenia odtłuszczającego u neuropatów, lecz raczej wagę ustalić i przepisać dietę zapobiegawczą. To samo dotyczy wszystkich przypadków cyklotymii, w których leczenie odtłuszczające może wywołać stany depresji. W okresie maniakalnym chorzy często domagają się leczenia odtłuszczającego, na które nie należy się zgadzać.

Falta nie radzi odchudzać energicznie, lecz etapami: połowę nadwagi w ciągu pierwszych 4—6 tygodni, następnie wagę ustalić i po dalszych 2—3 miesiącach powrócić do dalszego leczenia.

Wskazania do przerwania leczenia dają objawy nadtarczyczności, tyreotoksykozy, która przy kontroli nigdy nie występuje, lecz u pewnych ludzi może wystąpić. Powstają objawy sercowe, bicie serca, przyśpieszenie tętna, drżenie, intensywne pocenie się, przewrażliwienie na bodźce czuciowe, bezsenność, glikozuria. Przed powstaniem właściwych objawów tyreotoksykozy występują niejako zwiastuny: zaburzenia psychiczne. Ludzie dotychczas spokojni, flegmatyczni, stają się niezadowoleni, kłótliwi, drażliwi, a gdy te objawy ostrzegawcze zostaną przeoczone, występują powyższe wyraźne objawy.

W przypadkach otyłości znakomite usługi oddaje tyroksyna, a cały szereg badań stwierdza podwyższenie spalania. Pierwsze badania w tym kierunku poczynili Magnus-Lewy i Steyrer.

Inne hormony, jak nadnercza, przysadki, niewątpiwie mają również wpływ na przyswajanie i prawdopodobnie wszystkie te gruczoły z jednej strony wydzielają hormony, wzajemnie na siebie wpływające, z drugiej zaś działają na współczulny ośrodek przyswajania, leżący w okolicy podwzgórkowej *(regio hypothalamica)*. Falta nie widział żadnego wyniku po stosowaniu przysadki, natomiast znacznie lepiej działają według niego hormony płciowe. Co do preparatów wielogruczołowych jest zdania, że działają jedynie dzięki obecności tarczycy.

Z leków, stosowanych przy leczeniu otyłości, godne uwagi są środki farmakologiczne, zawierające bor i boraks, dinitrokrezol, dwunitrofenol, *fucus vesiculosus*, jod. Magnus-Lewy i inni przestrzegają przed stosowaniem jodu z obawy przed wywołaniem nadtarczyczności. *Fucus vesiculosus* działa przez zawartość jodu. Przed preparatami zawierającymi bor przestrzega A. Memmesheimer, gdyż występują: drażnienie żołądka, nudności, wymioty. Zgadza się z tym A. Rheinlender, inicjator tej metody leczenia. Ibrahin, Ayad. Mahdi *(Journ. Egypt. Med. Assoc.* 1934) piszą o znacznej toksyczności dinitrokrezolu. To samo dotyczy dwunitrofenolu, który autorowie określają jako lek zdradziecki. Stosowana przez L. Fischla *„Decorpa"* ma za zadanie wytworzenie uczucia nasycenia i w ten sposób miała ułatwić ograniczenie ilości pokarmów. Jest to wprawdzie środek nieszkodliwy (przeciwwskazaniem są tylko motoryczne zaburzenia żołądka), ale zupełnie zbyteczny. Jeśli zważymy, że ograniczenie diety przy otyłości idzie w kierunku jakości, a nie ilości, stosowanie tego preparatu, czy podobnego jest zupełnie zbyteczne, przy leczeniu tyroksyną. Ilość środków celem odtłuszczania jest olbrzymia, środki reklamowane święcą tryumfy (reklamowane), ale jedno jest pewne, że nie działają, jeżeli nie zawierają tyroksyny lub tyreoidyny.

H. Abelsohn donosi o godnym uwagi spostrzeżeniu, że często występuje *eczema intertriginosum* u ludzi, którzy właśnie

przeszli leczenie odtłuszczające czy to przy stosowaniu leków, czy diety lub wód mineralnych. Zmiany te występują pod piersiami, między udami, na brzuchu. Nie można tu przypisać winy tyroksynie, gdyż dotyczyły one również przypadków leczonych jedynie dietą. Przyczyna leży prawdopodobnie w utracie odporności skóry, a po części przyczynia się do tego zmniejszone napięcie skóry z powodu utraty wody.

Przeciwwskazania do stosowania tyroksyny: choroba Basedowa, czynna gruźlica, niedomoga mięśnia sercowego, daleko posunięta miażdżyca tętnic, zapalenie nerek.

Podczas leczenia odtłuszczającego nie należy — według Lappa — podawać środków leczniczych, powodujących zatrzymywanie wody, jak piramidon, chininę i inne.

Jak z powyższego wynika, posiadamy dla leczenia otyłości szereg środków, których jednak nie należy stosować schematycznie, lecz po dokładnym uwzględnieniu szczególnych warunków każdego przypadku. *Pomimo leczenia tyroksyną przepisy dietetyczne zachowują zawsze swą moc obowiązującą.* W niektórych przypadkach wewnątrzpochodnych dokładne badania wskażą nam, czy nie należy podać jeszcze innych gruczołów. Im lepiej potrafimy ocenić *optimum* równowagi hormonalnej, tym zabiegi nasze będą ściślejsze, pewniejsze i bardziej świadome. Tyroksyny nie wolno podawać *larga manu*, leczenie musi pozostawać w rękach lekarza i pod jego dokładną kontrolą.

Niemożliwe byłoby opisywanie wszystkich przypadków leczonych przeze mnie tyroksyną. Jest ich 86. W każdym wypadku odtłuszczenie było pewne, bez żadnej szkody, bez żadnych zaburzeń. Ilość zużytego materiału waha się od 30—90 mg (w 4 przypadkach 120 mg, w 1 przypadku ponad 200 mg). W 60% przypadków stosowałem tyroksynę i lekkie ograniczenie jakościowe pokarmów. Stosowałem Tyroksynę Roche w tabletkach à 1 mg.

Oto niektóre z nich:

Przypadek 1. Z. L., żona przod. P. P., lat 41. Matka i ojciec otyli, siostra cierpi na cukrzycę, brat umarł na cukrzycę. Jeszcze jako panna była tęga. Rodzice ograniczali jej jedzenie, sama „głodziła się całymi dniami", ale nie schudła. Po zamążpójściu, a zwłaszcza po dziecku przytyła ogromnie, w przeciągu kilku miesięcy 9 kg. Obecnie waży 102 kg. Łatwo się męczy, poci, ma duszności, ciężko chodzi. Miesiączki prawidłowe.

Chora wzrostu 161 cm, wagi 102 kg. Tłuszcz rozmieszczony głównie na piersiach, plecach, udach; ramiona i podudzia szczupłe. Pośladki olbrzymie. Serce i płuca bez zmian. Woreczek żółciowy tkliwy na ucisk. Wysokie ustawienie przepony. Płaskie stopy, na podudziach i udach silne żylaki. Mocz bez zmian. W. R. (—).

Wynik badania podstawowego przyswajania:

Spalanie wzorcowe podst. według Benedicta: 1820 ciepł./24 godz.

Czas trwania dośw. 10 min. Odczyt licznika: 49,4 l, ciepłota 18°.

Ciśnienie: 741, zreduk. obj. gazu: 42,27 l. Zużycie tlenu: 5,84%, 372,3 litr/24 godz. Produkcja CO_2 4,4%, iloraz oddechowy: 0,753.

Spalanie podstawowe obliczone:

a) z zużycia tlenu 1799 ciepł./24 godz.

b) z produkcji CO_2 1767 ciepł./24 godz.

W procentach: 97,97% = 2,03%.

Chora powinna ważyć 61 kg, a więc 61 × 35 = 2135. Ograniczenie diety do 1600 ciepł./24 godz., wzmożenie ruchów przez przepisanie gimnastyki, 2-godzinnych spacerów.

Dozowanie Tyroksyny Roche: Przez pierwszy tydzień 2 mg dziennie.

Po tygodniu waga 100,200 kg. Po 3 dniach przerwy przez drugi tydzień 3 mg Tyroksyny, waga 97,100 kg.

5 dni przerwy. Przez 6 dni 4 mg dziennie, waga 93 kg.

Tydzień przerwy. Tydzień 3 mg dziennie, waga 90 kg. Mocz bez zmian, serce, ciśnienie krwi bez zmian, samopoczucie doskonałe. Chora znosi ograniczenie diety bardzo dobrze, „nie ma wrażenia, że w ogóle przechodzi jakieś leczenie", je obecnie więcej, niż poprzednio. Przez 8 dni 2 mg dziennie, waga 83 kg. Na tym leczenie przerwałem na przeciąg 3 miesięcy. Ogólna ilość Tyroksyny 93 mg, utrata wagi 19 kg.

Po 3 miesiącach waga: 81,400 kg. Przez pierwszy tydzień 2 mg dziennie, waga 81 kg. Bez przerwy przez 6 dni po 3 mg dziennie, waga 77 kg. Mocz, serce bez zmian. Na tym leczenie ukończyłem. Ogólna utrata wagi 25 kg. Leczenie zniosła chora doskonale, bez żadnych zaburzeń.

Poza badaniem podstawowego spalania (p. sp.), badaniem krwi, serca, stanu naczyń, można jeszcze wykonać cały szereg badań pomocniczych. Oczywiście badania te jeszcze bardziej podkreślają dany przypadek.

1. Podstawowe spalanie w stanach niedomogi tarczycy jest zazwyczaj obniżone o 10—30%.

2. a) krew wykazuje anemię wtórną niedobarwliwą,

b) opadanie krwinek jest opóźnione,

c) poziom cholesterolu jest podwyższony, 225—770 mg % (norma 140—160 mg %),

d) poziom cukru jest obniżony,

e) poziom azotu niebiałkowego podwyższony do 40 mg % (norma 20 mg %),

f) poziom jodu obniżony.

3. Mocz: czasem występuje białkomocz.

4. Z innych badań przeprowadza się próbę adrenalinową, krzywą cukru po obciążeniu glukozą, krzywą poinsulinową, chininową Brama i próbę Reid-Hunta.

Przypadek 2. G. W., lat 52, wł. realn. Była zawsze tęga, po zamążpójściu w 17 roku życia, a zwłaszcza po urodzeniu 3 dzieci, przytyła znacznie. Po utracie miesiączki w 47 roku życia przytyła jeszcze, ale to już „nie miało większego znaczenia" Od 2 lat, mimo że próbowała rozmaitych sposobów na własną rękę (dni głodu, cytrynowe, itp.) nie przytyła już wprawdzie, ale nic nie schudła. Bardzo rzadko wychodzi z domu, boi się, że upadnie i nikt jej nie podniesie. Od kilku lat nie kąpie się w wannie, bo nie może z niej wyjść. Ogromnie się męczy przy każdym nieznacznym wysiłku, „zalewa się potem", ma bicie serca, bóle głowy i zawroty. Nie ma ochoty do życia. Wzrost 174 cm, waga 136 kg! Typ otyłości anemiczny. Tłuszcz w olbrzymich ilościach nie wykazuje jakiejś typowości, właściwie jest wszędzie. Na szyi 3 podbródki, na karku wzgórze tłuszczu. Tony serca głuche, II ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Ciśnienie krwi 170 mm Hg. Płuca: w dolnych partiach obustronnie trzeszczenie. Wątroba wystaje spod łuku o 1 palec. Na nogach żylaki, stopy drobne, płaskie. Guzy krwawnicowe.

Jakościowe ograniczenie diety do 1600 ciepł./24 godz. (zapotrzebowanie dziennie: 74 × 35 = 2590 ciepł./24 godz.). Dozowanie Tyroksyny Roche:

Przez 1 tydzień 2 mg dziennie, waga 135,500 kg.

Następny tydzień 3 mg Tyroksyny, waga 131, 300 kg, 4 dni przerwy. Waga 130,200 kg i przez tydzień 3 mg dziennie, waga 128,500 kg.

5 dni przerwy, przez tydzień 4 mg, waga 124,100 kg.

7 dni przerwy, waga 123, kg, przez 10 dni 4 mg, waga 116,700 kg.

5 dni przerwy, waga 114,200 kg, przez tydzień 3 mg, waga 111,100 kg.

Po 5-dniowej przerwie przez 10 dni 3 mg dziennie, waga 106,300 kg.

Na tym leczenie przerwałem. Nie stwierdziłem żadnych zaburzeń, samopoczucie chorej doskonałe. Znikły podbródki, wzgórek na karku, brzuch jest miękki.

Po 2 miesiącach waga 102,100 kg. Przez 6 dni po 3 mg dziennie, waga 97,400 kg. Po 5-dniowej przerwie przez 6 dni po 3 mg Tyroksyny dziennie, waga 93,800 kg. Mocz bez zmian, ciśnienie krwi 160 mm Hg, czuje się doskonale. Po tygodniowej przerwie przez tydzień po 2 mg tyroksyny dziennie, waga 90,200 kg. Na tym leczenie ukończyłem.

Po 2 miesiącach chora zgłosiła się do kontroli, waga 89,100 kg, czuje się doskonale.

Przez całe leczenie zużyto 225 mg Tyroksyny Roche, z tego na pierwsze leczenie 175 mg, na drugie 50 mg. Jest to mój jedyny przypadek, do którego trzeba było stosunkowo dużej ilości Tyroksyny, gdyż na ogół ilość wahała się między 60—120 mg.

Przypadek 3. S. T., lat 51, urzędn. państw. Ojciec otyły (przeszło 100 kg) umarł podobno na serce, matka szczupła, cierpi na kolkę nerkową. 2 braci umarło z niewiadomej mu przyczyny. O ile sobie przypomina jest tęgi od 18 roku życia, a zawsze należał do dzieci dobrze odżywionych. Zawsze dużo ważył. Przyznaje, że lubi dużo jeść i dobrze, nie gardzi piwem, raczej lubi tłuszcze, niż słodycze. Gdy doszedł do dużej wagi, 107 kg, postanowił zmienić tryb życia, przebył nawet leczenie odtłuszczające i stracił w przeciągu 5 tygodni prawie 25 kg, w krótkim czasie waga wróciła, a nawet doszła do 109 kg, nie bez jego winy. Dziś waży 110,500 kg. Nie może chodzić, po „byle jakim ruchu sapie, jak miech kowalski", poci się, stwierdził zanik potencji i niemożność podjęcia aktu. Przed rokiem ciężka grypa, podobno był umierający. Nie pali, *venerea negat.*

Chory wzrostu 169 cm, wagi 110,500 kg. Typ otyłości pletoryczny. Tłuszcz rozmieszczony na szyi, karku, piersiach, plecach, a bardzo silnie na brzuchu, nogi dość szczupłe.

Rtg. serca: prawidłowego kształtu i położenia, tętnica główna silnie wysycona, wykazuje zmiany miażdżycowe, pola płucne wykazują miernego stopnia rozedmę, przepona wysoko ustawiona, słabo ruchoma. Mocz: 1—2 leuk. w polu widzenia, liczne

kryształki szczawianu wapnia. O. W. (—). Ciśnienie krwi 170 mm Hg. Podst. spal. — 10%.

Nadwaga 41,500 kg, zapotrzebowanie ciepł. dzienne 69×35 = = 2415. Ograniczenie diety do 1800 ciepł./24 godz.

Dozowanie Tyroksyny Roche:

1 tydz. po 2 mg dziennie, waga 107 kg, 4 dni przerwy, waga 106 kg.

1 tydz. po 3 mg dziennie, waga 102,300 kg, 5 dni przerwy, waga 101 kg.

1 tydz. po 3 mg dziennie, waga 98 kg, 5 dni przerwy, waga 97,200 kg.

1 tydz. po 3 mg dziennie, waga 96,100 kg, 3 dni przerwy.

3 dni po 4 mg dziennie, waga 90,500 kg, 6 dni przerwy, waga 88,200 kg.

5 dni po 3 mg dziennie, waga 85,700 kg, 6 dni przerwy, waga 84 kg.

Na tym leczenie przerwałem. Utrata wagi 24,800 kg, ilość zużytej Tyroksyny Roche 104 mg. Przez czas leczenia żadnych zaburzeń. Serce bez zmian, mocz bez zmian, ciśnienie krwi 170 mm Hg.

Po 2 miesiącach zgłosił się powtórnie, waga 80 kg.

Przez tydzień po 2 mg Tyroksyny dziennie, waga 77,200 kg, tydzień przerwy i przy wadze 75,100 kg ukończyłem leczenie. Ostateczny ubytek wagi 35,400 kg. Chory pozostaje od roku raz na miesiąc pod kontrolą, waga waha się między 74—74,600 kg przy diecie nie przekraczającej 1600 ciepł./24 godz.

Przypadek 4. J. A., lat 48, wł. składu wędlin. W anamnezie nic obciążającego. Od 4 lat klimakterium, po którym przytyła jeszcze bardziej. Ojca nie zna. Matka zmarła podobno na serce, nie była tęgą. Nie chorowała, nie wyszła za mąż, nie rodziła i nigdy nie zachodziła w ciążę. Tłuszcz rozmieszczony wszędzie, zwłaszcza na piersiach i pośladkach. Typ otyłości anemicznej. Wzrost 167 cm, waga 99,500 kg.

Serce bez zmian. *Arthritis deformans* kolan, na lewej nodze *callus* po złamanej strzałce. Nadwaga 32,500 kg.

Ograniczenie diety jakościowe do 1400 ciepł./24 godz. Zapotrzebowanie dzienne 2345 ciepł./24 godz.

Dozowanie Tyroksyny Roche:

1 tydzień po 2 mg, waga 94,200 kg, 4 dni przerwy.
1 tydzień po 2 mg, waga 89,100 kg, 5 dni przerwy.
1 tydzień po 2 mg, waga 81,400 kg, 5 dni przerwy.
1 tydzień po 1 mg, waga 77 kg, 5 dni przerwy.
1 tydzień po 1 mg, waga 71,200 kg.

Na tym leczenie przerwałem na 2 miesiące. Utrata wagi 18,300 kg, ilość zużytej tyroksyny 56 mg.

Po 2 miesiącach przy tej samej diecie, którą chora znosi bardzo dobrze, nie odczuwając głodu, waga 69,500 kg. Co miesiąca przez rok zgłaszała się do kontroli, waga wahała się między 68—68,500 — 68,700 kg.

Przez cały czas leczenia nie stwierdziłem żadnych zaburzeń.

Przypadek 5. J. K., lat 59, st. sierż. W. P. Ojciec umarł na krwotok mózgowy, cała rodzina tęga. Nie ma dzieci. Zawsze był tęgi i miał skłonności do tycia, mimo że nie je więcej, jak jego otoczenie. Zajmuje się urzędowo sportem i sam długi czas sporty uprawiał. W ostatnim roku przytył o 18 kg. Cierpi na brak oddechu, łatwo się męczy, po schodach nie może chodzić. Od kiedy jest na emeryturze zerwał ze znajomymi, którzy mieszkają na piętrach. Przed 25 laty rzeżączka.

Wzrost 166 cm, waga 125 kg. Tłuszcz rozmieszczony wszędzie. Typ pletoryczny. Serce: rozmieszczenie rysunku na lewo i prawo. Ciśnienie krwi 185/110 mm Hg. Mocz bez zmian. Tętno 100, rytmiczne.

Nadwaga 59 kg. Podst. spal. — 30%. Zapotrzebowanie dzienne ciepłostek 2310 na 24 godz. Ograniczenie diety do 1600 ciepł.

Dozowanie Tyroksyny Roche:

1 tydzień po 2 mg, waga 119 kg, 5 dni przerwy.
1 tydzień po 2 mg, waga 113,800 kg.

Badanie podstawowego spalania + 40%.

1 tydzień po 1 mg Tyroksyny dziennie, waga 109 kg, 5 dni przerwy.

1 tydzień po 1 mg Tyroksyny dziennie, waga 103,300 kg, 7 dni przerwy.

Po tygodniowej przerwie waga 98,800 kg.

Przerwa w leczeniu na 2 miesiące. Po 2 miesiącach waga 97 kg.

1 tydzień po 1 mg Tyroksyny, waga 94,200 kg, 5 dni przerwy.
1 tydzień po 1 mg Tyroksyny, waga 89,400 kg, 7 dni przerwy.
1 tydzień po 1 mg Tyroksyny, waga 82,100 kg, 2 tygodnie przerwy.
1 tydzień po 1 mg Tyroksyny, waga 78,400 kg. Na tym leczenie ukończyłem.

Ilość straconej wagi 46,600 kg, ilość zużytej Tyroksyny 70 mg.

Przypadek ten wykazuje doskonałą reakcję na małe dawki Tyroksyny.

Przypadek 6. D. L., lat 54, żona urzędnika. Jedna siostra waży 100 kg, 3 bracia są tędzy i przypuszcza, że mniej nie ważą. Miesiączki zawsze skąpe. Przybrała na wadze od 25 lat, po porodzie. 3 razy roniła. Zawsze była chłodna płciowo, od 2 lat wcale nie utrzymuje stosunków. Od 7 lat klimakterium. Cierpiała na kolkę nerkową, która po wyjeździe do Karlsbadu uspokoiła się. Tam straciła 8 kg, ale znowu w krótkim czasie przybrała. Ogromnie się męczy, bardzo się poci, ma bicie serca, jest bardzo nerwowa.

Wysokość 161 cm, waga 94,500 kg. Tłuszcz wszędzie rozmieszczony, zwłaszcza w okolicy miednicy. Serce, płuca, system nerwowy, mocz bez zmian. O. W. (—). Badanie podstawowego spal. wykazuje — 30%.

Nadwaga 33,500 kg. Zapotrzebowanie dzienne 2136 ciepł. Ograniczenie diety do 1200 ciepł. Celowo nie podaję Tyroksyny. Po 2-tygodniowej diecie waga 94 kg, mimo wzmożenia ruchów (intensywne spacery). Badanie podstawowego spal. — 30%. Podwyższenie ilości ciepłostek do 1600. Dozowanie Tyroksyny:

1 tydzień po 2 mg, waga 89 kg.

1 tydzień po 3 mg, waga 82,400 kg. Badanie podstawowego spal. + 20%.

1 tydzień po 2 mg, waga 78,200 kg. Przerwa 6-dniowa.

1 tydzień po 2 mg, waga 73,100 kg, 4 dni przerwy.

1 tydzień po 1 mg, waga 70,400 kg. Na tym leczenie przerwałem na 3 miesiące, po utracie 24,100 kg, po zużyciu 70 mg Tyroksyny.

Po 3 miesiącach przy diecie dającej 1600 ciepł. dziennie, waga 69 kg.

1 tydzień po 1 mg Tyroksyny, waga 67,100 kg, tydzień przerwy.

1 tydzień po 1 mg Tyroksyny, waga 63,200 kg. Na tym leczenie przerwałem. Poleciłem intensywne ruchy, trzymanie się przepisanej diety. Kontrola przez 3 miesiące (chora zmieniła miejsce pobytu), waga utrzymuje się.

Klasyczny przykład otyłości tarczyco-pochodnej reagującej świetnie na Tyroksyne, bez której jednak nie można było uzyskać wyniku.

Przypadek 7. B. A., lat 54, handlarz bydła. Zawsze był tęgi, pochodzi z rodziny, w której wszyscy są bardzo „silni" i tędzy. Matka jest delikatna (okazuje się, że jest niska i waży 85 kg). Ojciec ważył przeszło 100 kg, nigdy nie chorował, umarł po operacji, zdaje się, kamieni żółciowych. Brat (również handlarz bydła) waży również „swoją setkę". Chory nie przechodził żadnych chorób i w ogóle dobrze znosił swoją wagę, w ostatnich jednak miesiącach stracił na energii i ruchliwości, łatwo się męczy i „coś ze sercem nie jest w porządku". Jest wolny, kobiety go specjalnie nie interesują, ale stosunki utrzymuje, zupełnie prawidłowe. Pali dużo, pije, przedtem wódkę, obecnie wino, codziennie, ale niedużo. Chorób wenerycznych nie przechodził.

Wzrost 174 cm, waga 118 kg. Zapotrzebowanie dzienne pokarmów jest znaczne, na mięso nie może patrzeć, chętnie je rzeczy słodkie. Tłuszcz w dużych warstwach na podbródku, karku, szyi, piersiach, brzuch bardzo duży, ramiona i nogi stosunkowo szczupłe. Przy rozbieraniu dyszy i odpoczywa. Z trudnością układa się do badania.

Serce i płuca bez zmian. Okolica woreczka żółciowego tkliwa, odruchy okostnowo-ścięgniste w kończynach górnych i dolnych bardzo żywe, na ramionach i nogach, a zwłaszcza na plecach łuszczyca. Po lewej przepuklina pachwinowa. Guzy krwawnicowe, zaparcie stolca. Mocz bez zmian. O. W. (—), typ pletoryczny. Ciśnienie krwi 180/110. Badanie podstaw. spal. — 30%.

Zapotrzebowanie kal. dzienne 2590, nadwaga 44 kg.

Ograniczenie jakościowe diety do 1800 ciepł. Wzmożenia ruchów nie przypisuję, gdyż chory z racji swego zawodu jest bardzo ruchliwy.

Dozowanie Tyroksyny Roche:

1 tydzień 3 mg Tyroksyny, waga 107 kg (!). Utrata 11 kg.

Po 2-tygodniowej przerwie, w której dalszy spadek wyniósł 2,200 kg, 1 tydzień 2 mg Tyroksyny, waga 103,800 kg, 5 dni przerwy.

Ponieważ chory jest ustawicznie w drodze, zażywał na własną rękę każdorazowa dawkę raz dziennie.

1 tydzień Tyroksyny (dawki już rozdzielone), waga 100,500 kg. 2 razy dziennie po 1 mg, na noc 2 mg.

Po tygodniowej przerwie 1 tydzień 2 razy dziennie po 1 mg, waga 97,400 kg.

Na tym podawanie Tyroksyny przerwałem i chory zgłosił się po miesiącu; waga wynosiła 95 kg.

1 tydzień Tyroksyny po 2 mg dziennie na noc, waga 91 kg.

Po tygodniowej przerwie znowu 10 dni po 2 mg Tyroksyny, waga 86,200 kg. Dwukrotnie jeszcze stosowałem w przerwach 5-dniowych po 2 tygodnie Tyroksynę po 1 mg i doprowadziłem do wagi 77 kg, bez żadnych zaburzeń.

Nie sposób podać wszystkich przypadków. Celowo w ilości przypadków leczonych przez okres 3-letni nie umieściłem przypadków, będących obecnie w leczeniu (4 przypadki).

Otyłość jest schorzeniem ciężkim i powinna być energicznie leczona. W Tyroksynie Roche mamy bardzo dzielny lek w usuwaniu otyłości. Preparat jest zupełnie bezpieczny, ale musi być stosowany zawsze pod kontrolą lekarza.

Piśmiennictwo:

1) Franz Kisch. Med. Klin. 1935. — 2) John H. Anderson: The Lancet. 1935. — 3) J. Bauer: W. Kl. 1926. — 4) G. Wolf: Fortschr. d. Ther. 1926. — 5) L. Pollak: W. Kl. 1926 — 6) G. Koehler: M. Kl. 1927. — 7) F. Kisch: M. Kl. 1927. — 8) E. Romberg: Kl. Woch. 1927. — 9) B. Aschner: Kl. Woch. 1928. — 10) E. Liebesny: Med. Seminar. 1926. — 11) G. Lewen: Presse Méd. 1925. — 12) L. Lauter: D. med. Woch. 1926. — 13) G. Hirsch: D. med. Woch. 1926. — 14) E. Hirsch: M. Kl. 1926. — 15) L. Pollak: W. kl. Woch. 1926. — 16) E. Tuschkai: Ztrbl. f. Gyn. 1926. — 17) W. Raab: Kl. Woch. 1926. — 18) O. David: D. med. Woch. 1926. — 19) G. Harrop: D. med. Woch. 1935. — 20) A. Memmesheimer: D. med. Woch. 1935. — 21) A. Rheinlaender: D. med. Woch. 1935. — 22) C. Noorden: W. med. Woch. 1931. — 23) F. Meyer: M. med. Woch. 1931. — 24) B. Kugelmann: Z. f. kl. Med. 1931. — 25) R. Siebeck: M. med. Woch. 1931. — 26) K. Eimer i W. Voigt: M. Kl. 1931. — 27) H. Abelsohn: M. med. Woch. 1931. — 28) A. Hellfors: M. med. Woch. 1931. — 29) V. Zarday: M. med. Woch. 1930. — 30) Schittenhelm-Eisler: Kl. Woch. 1927. — 31) H. Zondek: M. Kl. 1928. — 32) E. Grawitz: Kl. Woch. 1928. — 33) Küstner: Kl. Woch. 1930. — 34) M. Hochrein: M. med. Woch. 1936. — 35) F. Weiss: W. kl. Woch. 1926. — 36) A. Oswald: D. med. Woch. 1926. — 37) S. Abelin: W. kl. Woch. 1936. — 38) Kraus i Brugsch: T. I. — 39) Endokrynologia Polska. 1936 i 1937. — 40) E. Margiel: Wiedza Lekarska. 1934. — 41) Tenże: Pol. Gaz. Lek. 1934. — 42) Tenże: Wiadomości Lekarskie. 1934. — 43) Tenże: Therapia Nova. 1934.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Dr med. Eugeniusz DOLIŃSKI Lwów

Istota i rozwój ubezpieczeń społecznych [1])

Mam mówić o istocie i rozwoju ubezpieczeń społecznych, na wstępie jednak pragnąłbym zastanowić się, w najogólniejszym zarysie, nad bardzo złożonym zagadnieniem, jakim jest nowoczesna polityka społeczna w dziedzinie ubezpieczeń społecznych.

W wieku XIX rozwinęła się bujnie wolność indywidualna i społeczna. Pomijając oświetlenie ruchów społecznych i politycznych ostatnich dziesiątków XIX wieku i początku XX stulecia, podkreślam, że *wojna światowa* była tym olbrzymim wydarzeniem, które wywarło wpływ nie tylko na stosunki polityczne, ale i na wolność społeczną i ograniczyło jej przerost.

Po wojnie z jednej strony obserwujemy coraz większą rozbudowę karteli i trustów, a z drugiej strony coraz bardziej narastający interwencjonizm państwowy w dziedzinie swobodnego najmu pracy i określenia jej warunków. Zauważamy także ograniczenia w swobodzie wymiany międzynarodowej pod formą ceł ochronnych, kontyngentów wwozu i wywozu i specjalnych funduszów walutowych. Ekonomiści zdali sobie sprawę z tego, że szeroki liberalizm zastosowany do ekonomii politycznej grozi społecznej harmonii i może ograniczyć wydajność pracy. Jakkolwiek ślady ingerencji państwowej w sprawy warunków pracy i wzajemnych stosunków pracodawcy i pracobiorcy spotykamy już na przestrzeni ubiegłych wieków, to zauważyć należy, że całkiem zdecydowanie wkracza państwo w tę dziedzinę w okresie powojennym. Znany ekonomista polski Młynarski, w swoim „Protekcjonalizmie ekonomicznym" za jedną z podstawowych cech reformy zasad klasycznego kapitalizmu uważa ingerencję Państwa w dziedzinie ograniczenia swobody najmu pracy, a tym samym uwolnienia pracowników od rozmaitych wstrząsów, na jakieby mogli być narażeni będąc stroną ekonomicznie słabszą, przy rozgrywce na rynku pracy. Jednym ze środków interwencjonizmu Państwa w sprawy pracy jest przymusowe ubezpieczenie społeczne.

Po zakończeniu morderczej wojny światowej stwierdzono interesujący i pozornie paradoksalny fakt, że dysponujemy nadmiarem ludzi zdolnych do pracy, i że jednym ze skutków wojny i innych gospodarczych wstrząsów jest *problem bezrobocia*, szczególnie dokuczliwy w państwach uprzemysłowionych. Dyrektor Tadeusz Dyboski podaje, że w Polsce pracowało w górnictwie, hutnictwie, przemyśle, przy robotach publicznych itd. w r. 1935 około 2,000.000 ludzi, czyli 6% ogółu, a w wieku między 19 a 60 rokiem życia mieliśmy ludzi zdolnych do pracy 59% ogółu ludności. Co więcej, nasz przyrost ludności jest stosunkowo wysoki, choć od szeregu lat spada. Stwierdzenie tego faktu napawa nas niepokojem, że taką masą ludzi musi się zająć polityka społeczna, a Państwo musi znaleźć im pracę, uregulować jej warunki, zająć się udzieleniem im pomocy w razie choroby, wypadku i niezdolności do pracy, unormować stosunki między pracodawcą a robotnikiem, a wreszcie rozważyć konieczność usunięcia nadmiaru bezrobotnych drogą emigracji czasowej lub stałej, która w obecnych międzynarodowych stosunkach wyraża się w cyfrach znikomych. Potężnym czynnikiem polityki społecznej są ubezpieczenia, które powinny pracownikom zapewnić minimum egzystencji w razie wypadku. Inne działy polityki społecznej stanowią zagadnienie opieki społecznej i zdrowia publicznego. Zadaniem polityki społecznej jest dążenie do doprowadzenia do ładu i harmonii tych wszystkich warunków i czynników, wśród których życie społeczne może rozwijać się bez wstrząsów, a produkcja może dojść do największego nasilenia. Społeczność ludzka zorganizowana w państwo musi dążyć do podniesienia potrzeb życia człowieka pracy, tj. jego siły nabywczej i konsumpcyjnej, musi się zająć zdrowiem publicznym przez rozbudowę medycyny społecznej i opiekować się człowiekiem od niemowlęctwa aż do starości. Krzeczkowski podaje, że *ubezpieczeniami społecznymi* nazywamy *przymusowo stworzone organizacje przezorności społecznej oparte na wzajemność, a dające swym członkom, poszkodowanym przez wypadki losu prawo do odszkodowania.*

Jakie są istotne cechy ubezpieczeń, które zostały podane w powyższej definicji? Po pierwsze, *ubezpieczenie daje zapewnienie, że pracownik przed ryzykiem utraty zarobku będzie zabezpieczony i pewność*, że *instytucja* ubezpieczeniowa *przyjdzie* pracownikowi *z pomocą materialną* w razie wypadku. W definicji podkreślono, że *istnieje prawo osoby ubezpieczonej* do otrzymania pomocy niezależnie od jej stanu materialnego. I tu jest różnica między świadczeniem na podstawie ustawy o opiece społecznej, a świadczeniem z racji ubezpieczenia: opieka społeczna wymaga, ażeby otrzymujący pomoc nie miał żadnych innych źródeł utrzymania, a ubezpieczenie w zasadzie tego nie wymaga.

Ciężar tych świadczeń rozkłada się na wielką liczbę zainteresowanych uczestników. Ażeby jednak dokonać słusznego rozłożenia tych ciężarów, ubezpieczeni muszą posiadać własną organizację i samorząd, a ta organizacja musi się oprzeć w swoich kalkulacjach o matematykę i statystykę. Statystyka zna prawo „wielkich cyfr", a matematyka „rachunek prawdopodobieństwa". Dzięki temu da się obliczyć, jaki procent ludzi i jakim wypadkom ulegnie i można wykalkulować tzw. „ryzyko przeciętne".

Podstawową *zasadą* idei ubezpieczeń społecznych jest *ponoszenie ciężarów* przez *pracownika i pracodawcę wówczas*, kiedy *pracownik* jest *w pełni sił* i zarobkuje, a *korzystanie ze świadczeń*, gdy jest *pracy pozbawiony* lub wskutek starości czy też niezdolności do pracy pozostaje *bez środków do życia*. Fakt ten ma pewne znaczenie wychowawcze dla społeczeństwa, zwłaszcza, że zdrowi płacą za chorych, pracujący za bezrobotnych, a młodzi za niezdolnych do pracy i starców. *Cechą* charakterystyczną ubezpieczeń jest ten moment, że muszą mieć *własne pokrycia świadczeń*, w przeciwieństwie do urządzeń opieki społecznej, która czerpie z kasy państwowej lub gminnej. *Społeczne ubezpieczenie różni się od prywatnego* tym, że jest *przymusowe* i dotyczy członków *pewnej grupy społecznej*, zasadniczo najemnych pracowników fizycznych lub umysłowych. *W prywatnym ubezpieczeniu jednostka czy grupa wchodzi dobrowolnie w stosunek ubezpieczeniowy* z prywatnym towarzystwem. Od *dobroczynności* znów różni się ubezpieczenie tym, że *nie opiera* się *na miłosierdziu*, lecz na obustronnej wymianie świadczeń materialnych.

Po tych uwagach, określających nasze pojęcia i wyjaśniających różnice wyodrębniające istotę ubezpieczenia, podam

---

[1]) Wykład inauguracyjny na II Kursie Medycyny Społecznej, zorganizowanym przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, wygłoszony dnia 25 kwietnia 1938 r.

w kilku słowach, jak się rozwijała idea ubezpieczeń społecznych, która, jak wspomniałem, jest w swej dzisiejszej postaci, wytworem takiego ustroju społeczno-gospodarczego, w jakim wyodrębniła się warstwa pracowników najemnych. W średniowieczu i później klasa robotnicza właściwie nie istniała i ograniczała się tylko do służby i czeladzi domowej. Jakkolwiek więc były znane w XIV i XV stuleciu organizacje mające na celu udzielanie pomocy w chorobie, jak np. organizacja pomocników piekarskich, szewców i garbarzy, a w Niemczech znano nawet przymusowe kasy dla służby domowej, to jednak były to wszystko urządzenia poprzedzające właściwą organizację ubezpieczeniową. W związku z industrializacją opartą na wytwórczości dla rynku zamiast wytwórczości na zamówienie, powstaje przemysł *fabryczny* a z nim liczna warstwa pracowników fabrycznych, która nie miała nadziei na zmianę swego stanu. Jednak niewygasłe jeszcze idee rewolucji francuskiej, prądy romantyczne, wiosna ludów 1848, a głównie postępowe prądy inteligencji powodują wzmożenie dążenia do poprawy bytu mas. W wieku XIX tworzą się rozmaite kasy i udzielają pomocy w razie choroby i niezdolności do pracy. Stają się one narzędziem polityki w ręku robotników, którzy z budzącym się poczuciem solidarności bronią dzielnie swego interesu klasowego.

Państwa nowożytne popierały i opiekowały się dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi. Ale nie tylko robotnicy i państwo, lecz i pracodawcy niejednokrotnie dobrowolnie zezwalali na przerzucenie części ciężarów składkowych na siebie.

Rządy, starające się o wyrównanie dochodu społecznego, celowo i już w oznaczonym procencie przerzuciły ciężary składkowe na pracodawców. Równocześnie dążono do zmiany dobrowolnych kas ubezpieczeniowych na przymusowe, gdyż uważano, że *tylko przymus* może dać pewność i trwałość ubezpieczenia. Dawniejsze ubezpieczenia nie były silne finansowo i nie obejmowały wszystkich wypadków pracy tak, że znaczna część chorych, niezdolnych do pracy i osób bezrobotnych była utrzymywana przez rząd lub gminy i korzystała z urządzeń opieki społecznej. Kiedy zaprowadzono rządowy przymus i częściowy udział w ciężarach pracodawców, zostały wówczas gminy znacznie odciążone w dziale opieki społecznej. Państwa również dobrowolnie w drodze ustawy przyjęły udział w świadczeniach ubezpieczeniowych. Zauważyć trzeba, że w niektórych państwach tylko pewne i wskazane przez państwo instytucje społeczne mogą prowadzić agendy ubezpieczeniowe; określamy to terminem, że w tych państwach istnieje monopol ubezpieczeniowy. *Przymus i monopol* dają rozmaite korzyści, jak potanienie administracji, obniżenie składek i ustalony rozkład ciężarów między pracodawcą a pracobiorcą. Państwa dążą, w ewolucyjnym rozwoju dziedziny ubezpieczeniowej, do powszechności, tj. do objęcia w ramach ubezpieczenia możliwie *wszystkich pracowników najemnych*.

Streszczając zaznaczam, że *cechą* dzisiejszych *ubezpieczeń staje się powszechność, przymus, monopol, udział pracodawcy i pracobiorcy w ciężarach ubezpieczeniowych i niezbędny udział państwa, nie tylko w charakterze organu ustawodawczego i kontrolnego, ale i w charakterze źródła świadczeń finansowych na rzecz instytucji ubezpieczeniowej.*

We wszystkich prawie państwach, a więc i w Polsce istnieje zasada, że pracodawca bierze udział w ponoszeniu ciężarów świadczeń, podobnie jak skarb Państwa. Ten ostatni fakt wskazuje bardzo wyraźnie na czynną opiekę państwa, co zmienia *czyste pojęcie* ubezpieczenia jako instytucji opartej na kalkulacji matematycznej i nadaje mu cechę opieki społecznej. Następujące ustawowe zarządzenia potwierdzają tę opinię. Oto np. każdy świeżo przyjęty do ubezpieczenia, nawet taki, który z powodu choroby niewątpliwie *będzie potrzebować* opieki lekarskiej, ma do niej prawo, jeżeli tylko co do niego istniał przymus ubezpieczenia. Prywatne ubezpieczenie nie przyjęłoby nigdy chorego osobnika, obciążającego instytucję prawie od pierwszej chwili, gdyż taka kalkulacja matematyczna byłaby nie do pomyślenia. Również poważny moment społeczny znajdujemy w jednolitych składkach dla samotnych i obarczonych rodziną, która ma prawo leczyć się i pobierać świadczenia poinwalidzkie. Są i inne odchylenia od czystej idei ubezpieczeniowej.

Przytaczając tych parę przykładów chciałem podkreślić, że ubezpieczenia społeczne powojenne mają z jednej strony charakter ubezpieczenia *„sensu stricto"*, opartego na składkach osób zainteresowanych, ale z drugiej strony są także, w pewnym stopniu, urządzeniem opieki społecznej i narzędziem polityki społecznej. We *wszystkich państwach istnieje przymus ubezpieczeń, powszechności* jednak ubezpieczeń, w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, *nie ma* w żadnym z państw. W wielu państwach, a w szczególności w Polsce wyłączeni są od przymusu ubezpieczeniowego lub jego poszczególnych rodzajów, pracownicy umysłowi dobrze zarabiający, urzędnicy państwowi, posiadający specjalnie zorganizowaną pomoc w chorobie, i robotnicy rolni — poza tym *pewne grupy mogą organizować ubezpieczenie we własnym zakresie.* Nie wchodząc w szczegóły zaznaczam, że specjalne warunki pracy na roli, a następnie chęć odciążenia produkcji rolnej od opłat socjalnych spowodowały ograniczenie ubezpieczenia pracowników rolnych tylko do ubezpieczenia w razie wypadku.

Przy ogólnych uwagach należy dodać, że *ustawa polska* udziela *świadczeń członkom rodziny obowiązkowo.* Nie wszędzie, bo tylko u nas, w Niemczech, razem z b. Austrią, w Czechosłowacji, Belgii i na Węgrzech istnieje emerytalne ubezpieczenie pracowników umysłowych.

Istnieje skłonność, nigdzie dotychczas jeszcze nieurzeczywistniona, rozciągnięcia ubezpieczeń społecznych na grupy ekonomicznie słabsze samodzielnych pracowników, np. na uboższych rzemieślników lub drobnych rolników-właścicieli, których główny dochód stanowi praca, a tylko wyróżnia ich posiadanie warsztatu lub roli.

Zadaniem nowoczesnego *ubezpieczenia społecznego* jest *usunięcie ryzyka* zawodowego i udzielanie swoim członkom pomocy i odszkodowania w razie: 1) choroby, 2) macierzyństwa, 3) niezdolności do zarobkowania z powodu wypadku przy pracy i chorób zawodowych, 4) inwalidztwa, 5) starości, 6) bezrobocia. Pierwsze przyczyny nazywamy ryzykami fizjologicznymi, a ostatnią ryzykiem gospodarczym; wszystkie one mają wspólny moment społeczny.

Jeżeli z punktu widzenia ekonomicznego i społecznego rozwój ubezpieczeń społecznych stanowi dla świata pracy rozstrzygnięcie kapitalnego zagadnienia, to dla rozbudowy nowoczesnej higieny i medycyny społecznej jest on również olbrzymim krokiem na drodze postępu.

Ze stanowiska lekarskiego interesuje nas specjalnie w społecznych ubezpieczeniach leczenie, tj. udzielanie pomocy lekarskiej, zapobieganie chorobom, tj. profilaktyka i orzekanie tj. stwierdzanie czy zdolność do pracy wróciła ubezpieczonemu i w jakim procencie, a wreszcie, czy, kiedy i jakie ryzyko zachodzi. Medycyna zyskała przez ubezpieczenie wpływ na zdrowie szerokich warstw ludności, które dotychczas z pomocy lekarskiej nie korzystały, lub korzystały tylko w ograniczonym zakresie, dalej ubezpieczenia objęły w stałą opiekę rodziny, wreszcie pogłębiły one nasze wiadomości o zachorowalności na podstawie statystyki ubezpieczeniowej, co pozwala na wysnucie wniosków i ustalenie pewnego kierunku nie tylko rozwoju ubezpieczeń, ale i w dziedzinie zdrowia publicznego, opieki społecznej i gospodarki państwowej. Lekarze zmienili wprawdzie swój charakter lekarza wolnego i przeszli do służby społecznej, muszą się jednak z tym pogodzić, że stan lekarski otrzyma z biegiem czasu inną organizację, przy czym niewątpliwie stosunki te ulegną korzystnej ewolucji.

Naszkicujemy teraz pokrótce *historię ubezpieczeń społecznych,* dotychczas jeszcze w całości nieopisaną i rozpoczniemy od przejrzenia i rozwoju przewodnich myśli, z których powstały dzisiejsze ubezpieczenia. Wprawdzie idee te wyrastały z konkretnych potrzeb, to jednak nie mogły być z rozmaitych względów szybko realizowane i pozostawały w sferze projektów, które miały charakter utopijnych mrzonek. Z rozwojem tych idei zapoznamy się najłatwiej na przykładzie Anglii, Niemiec i paru innych państw.

W *Anglii* w XV i XVI stuleciu, a więc w erze przed-elżbietańskiej, były czynne instytucje opieki społecznej i wzajemnej pomocy, które rozwinęły się jako gminne instytucje opieki społecznej *(poor laws)* i stowarzyszenia wzajemnej pomocy *(friendly societies).* Te ostatnie były kasami zorganizowanymi na zasadzie wzajemności i udzielały pomocy swoim członkom na wypadek niezdolności do pracy i starości. W razie śmierci wypłacały one także zasiłki pogrzebowe i czerpały swe zasoby pieniężne ze składek zwyczajnych i nadzwyczajnych, z których pokrywano normalne świadczenia, a w razie wyjątkowej potrzeby wypłacano również dodatkowe świadczenia. Należenie do kas było dobrowolne. Społeczeństwo angielskie rozróżniało takich ludzi, którzy z powodu starości i ułomności fizycznej *rzeczywiście* pracować *nie mogli* i takich, którzy byli do pracy zdolni, jednak jej *nie umieli znaleźć.* Uważano, że tylko pierwsi są godni pomocy, a drudzy są ciężarem społeczeństwa. Bezrobotnych zdrowych karano chłostą i umieszczano w domach poprawy, gdzie zasadniczo za utrzymanie musieli odpracowywać *(work test).* W XVII wieku prawo zezwoliło na wykonywanie tej pracy tylko w pewnych określonych miejscach i dlatego gminy musiały budować domy pracy *(work houses)*, każdy więc, kto chciał otrzymać pomoc, zgłaszał się do tego domu i w nim pra-

cował. W późniejszych wiekach pozwolono pracować poza tymi domami i to nazywało się *out-relief*.

Ponieważ w zakresie wykonywania prawa ubogich istniała duża dowolność interpretacji, rząd stworzył nową instytucję komisarzy prawa biednych *(Poor Law Commissioners)*. Ci komisarze postanowili, że osobom zdolnym do pracy a bezrobotnym można udzielić zasiłku w wysokości płacy robotnika najniższej kategorii. Przebywanie w domach pracy było męką, kary były surowe, a ci, którzy uciekli się pod opiekę prawa ubogich nie mieli czynnego i biernego prawa wyborczego do samorządu, mogli być przymusowo przesiedleni, a ich dzieci można było odebrać spod opieki rodzicielskiej. Dopiero w r. 1905 zmieniono radykalnie poglądy na bezrobocie, kiedy to powołano królewską komisję dla prawa biednych i wydano ustawę o bezrobotnych pracownikach. Sprawę przymusowego ubezpieczenia społecznego załatwiono dopiero w r. 1911 przez *„National Insurance Act"*.

Projekty ubezpieczeń społecznych *angielskich* powstały z idei *przewodniej opieki społecznej* i *stowarzyszeń wzajemnej pomocy*. Pierwszym projektem jest szkic Daniela Defoe sławnego autora Robinsona Krusoe *„An Essay upon Projects"* z r. 1697. Defoe w swoich projektach proponuje stworzenie przymusowej organizacji ubezpieczeń tzw. *pension Office* (urząd emerytalny), która miałaby objąć wszystkich pracujących. Ci, według projektu, musieliby odkładać kilka procent ze swego zarobku do specjalnego funduszu, a z tych pieniędzy miały być utrzymywane osoby niezdolne do pracy. Instytucje miały być podzielone według hrabstw i miały nie tylko wypłacać zapomogi, ale utrzymywać szpitale i przytułki. Projektodawca uważał przymus należenia do tych organizacyj za niezbędny. W roku 1772 Franciszek Masseres proponował zaprowadzenie przymusowych składek w parafiach. W 10 lat później Tomasz Gilbert projektował połączenie dobroczynnych instytucji i wpłacanie wkładek za członków bezrobotnych przez Komitety. Z projektodawców wyliczyć należy jeszcze Józefa Townsenda i Johna Vancouvera. W XVIII wieku *stowarzyszenia przemieniły się* w *Kasy przezorności* i bardzo się rozpowszechniły. Lord Althorp w r. 1833 złożył parlamentowi projekt państwowej kasy oszczędności, która składającym przyznawała renty starcze a bill z tego roku ustalił wysokość rent wypłacanych przez te kasy. W praktyce jednak okazało się, że wysokość sum, które miały być składane dobrowolnie była zbyt wysoko obliczona i dlatego kasy te nie mogły się rozwinąć. Interesujące są jeszcze projekty wielkiego męża stanu Gladstone'a, który założył w r. 1861 pocztowe kasy oszczędności, zabezpieczające oszczędności szerokich sfer i chciał rozwinąć zasady ubezpieczeniowe na życie i renty dożywotnie z r. 1833. Nie miało to jednak powodzenia. Inne projekty, podobnie jak i ta ustawa nie przyjęły się w masach i pomimo ankiet, które wypowiadały się za przymusowymi ubezpieczeniami, do początku XX stulecia żadnych zmian zasadniczych w ustawie nie zrobiono i funkcjonowały tylko kasy wzajemnej pomocy. W realizacji planów ubezpieczeniowych *Anglia* dała się wprawdzie zdystansować *Niemcom*, ale w r. 1911 pierwsza w świecie stworzyła społeczne ubezpieczenie od bezrobocia, a jej obecne ustawodawstwo ubezpieczeniowe dorównało niemieckiemu. Ubezpieczenia angielskie różnią się od niemieckich tym, że świadczenia są dla wszystkich ubezpieczonych jednakowe, a nie zależą od wysokości zarobków. Anglicy bowiem przyszli do tych ubezpieczeń drogą ewolucji opieki społecznej, w przeciwieństwie do Niemiec, które zastosowały wymiar świadczeń na podstawie obliczeń teoretycznych. W Anglii wprowadzono ubezpieczenia starcze bez składek w r. 1908, ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy w r. 1911, ubezpieczenie społeczne wdów, sierót i starców w r. 1925, ale społecznego ubezpieczenia od wypadków nie stworzono. Odszkodowanie za wypadek jest oparte na obowiązku pracodawców z ustawy *z r. 1897 i 1906*. Ubezpieczenia angielskie zapewniają opiekę lekarską 1/3 ogółu ludności!

Niemcy są ojczyzną właściwych *ubezpieczeń społecznych*. Według znanego higienisty Alfreda Fischera, idea ubezpieczeń społecznych sięga w Niemczech XIII wieku, wtedy bowiem górnicy zorganizowali się w rodzaj górniczego bractwa *(Knappschaft)*, a celem ich była wzajemna pomoc w chorobie. W XIV i XV stuleciu obserwujemy podobną organizację pomocników piekarskich, a później szewców i garbarzy. W XVIII stuleciu stworzono kasy dla służby domowej. W Wiedniu za czasów Marii Teresy lekarz Van Switen zorganizował kasę dla robotników, a w Jenie Christian Rückemann przedstawił plan organizacji kasy z ubezpieczeniem w razie choroby i na wypadek śmierci. Weszła ona niedługo w życie i znana była pod nazwą „dobroczynnego towarzystwa dla chorych". Kasa dla ubogich powstała przy końcu 18 stulecia w Karlsruhe, gdzie także stworzono instytut pomocy chorym służącym. Wszystkie powyżej podane organizacje były dobrowolne. Dopiero w drugiej połowie XIX wieku gmina m. Karlsruhe stworzyła przymusową kasę ubezpieczeniową dla obcych robotników i służby domowej. Zresztą w połowie XIX wieku rząd niemiecki dozwolił wszystkim miastom tworzyć kasy chorych z przymusem należenia dla miejscowych robotników, a nawet na podstawie specjalnego rozporządzenia rozciągnął ten obowiązek na samodzielnych majstrów. W Berlinie w r. 1846 utworzono stowarzyszenie, dla chorych rzemieślników, które w r. 1871 miało około 76.000 członków i składało się z 70 kas chorych, w których pracowało 36 lekarzy. Prawdę powiedziawszy, pracownicy lekceważyli sobie obowiązek i korzyści należenia do kasy. Równolegle do organizacji pomocy w chorobie rozwijała się idea i przeświadczenie o konieczności udzielenia pomocy robotnikowi, który doznał wypadku przy pracy. *Reichshaftpflichtgesetz* z roku 1871 kierowała uszkodzonych przy pracy na drogę prawa cywilnego. W r. 1881 ukazało się orędzie cesarskie Wilhelma I., które zapoczątkowało nowoczesne ustawodawstwo ubezpieczeniowe niemieckie. W roku 1883 wyszła ustawa o ubezpieczeniu w razie choroby. Podanie genezy tej ustawy jest interesujące i wymaga podmalowania tła historycznego. W Niemczech po zwycięskiej wojnie francuskiej i dopływie kapitałów kontrybucyjnych zaostrzyły się przeciwieństwa klasowe i świat pracy zaczął się gwałtownie domagać uznania swych praw. *Państwo* a właściwie *Rząd* wzięły na siebie *rolę pośredników* w stosunkach *społecznych*. Interwencja Rządu niemieckiego objawiała się z początku wydawaniem licznych zakazów organizowania się robotników i polityką represyjną. Kiedy to jednak nie prowadziło do celu, wyłoniła się paląca potrzeba zastosowania zasadniczych reform i na tę drogę wstąpił odważnie Bismark. Motywem zmiany kierunku jego postępowania jest obawa, że ruch zorganizowanych pracowników będzie opozycyjny w stosunku do Rządu i przysporzyć może wiele trudności państwu. Bismark oświadczył publicznie, że chce zająć się tymi członkami państwa, którzy wymagają opieki. „Polityka zachowawcza" mówi, „pragnie wyrobić przekonanie w klasach nie posiadających, że państwo jest urządzeniem koniecznym i dobroczynnym, i że służy nie tylko jako narzędzie w rękach klasy zamożnej, ale służy także potrzebom szerokich warstw społeczeństwa". Regulowanie szczegółów ustawy ubezpieczeniowej trwało do r. 1890, a w r. 1911 ukazało się nowe ustawowe ujęcie zagadnienia ubezpieczeń społecznych, w tzw. ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy. W r. 1923 i 1926 ukazały się rozporządzenia dla górników, a z końcem roku 1927 wyszła ustawa o ubezpieczeniu w razie bezrobocia tak, że obecnie ustawodawstwo niemieckie składa się z następujących działów: chorobowego, wypadkowego, inwalidzkiego i to dla zatrudnionych robotników, dla górników, dla bezrobotnych i z ustawy o państwowym zaopatrzeniu. Przewrót hitlerowski zupełnie nie zmienił struktury ubezpieczeń społecznych, poza zmianami organizacji samorządu ubezpieczeniowego i zmianami w sposobie wymiaru świadczeń.

We *Francji* twórcą pomysłu ubezpieczeń na wypadek choroby jest w XVIII stuleciu Piarron de Chamousset. Na początku XIX stulecia spotykamy nazwisko projektodawcy Goyon de Plombanie, który opierał swoje projekty ubezpieczeniowe o gminę. Najbardziej znanym propagatorem ubezpieczeń był z początkiem XIX stulecia Sismondi a następnie utopista i kollektywista Pecqueuer. We Francji jednak rozpowszechniły się tylko dobrowolne instytucje wzajemnej pomocy, co zupełnie harmonizowało z typowo francuskim zmysłem przezorności i zapobiegliwości. Ubezpieczenia społeczne na wypadek choroby, inwalidztwa i starości wprowadzono we Francji z ogromnym opóźnieniem, bo dopiero w roku 1930. Do dzisiaj ubezpieczenie wypadkowe polega we Francji na odpowiedzialności pracodawcy za szkody w zdrowiu pracownika, które powstały w przedsiębiorstwie. W ogóle organizacja ubezpieczeń francuskich jest dość skomplikowana. Przy czym jest charakterystyczne, że państwo załatwia tam wszystkie czynności związane z ustaleniem obowiązku ubezpieczenia i ściąganiem wkładek, a instytucje ubezpieczeniowe tylko przyznają i wypłacają świadczenia.

Korzystając z wykładów Balcerskiego, pragnę jeszcze wspomnieć o dwóch diametralnie różnych organizmach państwowych i ich ubezpieczeniach społecznych, to jest o Stanach Zjednoczonych i Rosji Sowieckiej.

Stany Zjednoczone pozostawiały do ostatnich czasów *troskę* o swój los w chorobie *obywatelowi*. Dopiero ostatni kryzys i straty oszczędności obywateli, zmusiły Rząd do interwencji, która ma zapewnić pomoc finansową pracownikom w razie utraty zarobków bez jego osobistych starań. Dlatego Prezydent Roosewelt w r. 1935 wprowadził ubezpieczenie na wypadek starości. Renta przyznawana jest w razie osiągnięcia 65 lat i za-

przestania pracy i nie może wynosić mniej niż 20 dol., a więcej niż 85 dol. miesięcznie. Jest to tylko początek ubezpieczeń amerykańskich i spodziewać się należy rozszerzenia ich na ubezpieczenie od choroby i na wypadek inwalidztwa.

W Rosji Sowieckiej pełne ubezpieczenia są czynne od czasów rewolucji powojennej. Przedtem w Rosji w ogóle ubezpieczeń nie było, a ustawa z roku 1912 nie została wprowadzona w życie. Według obecnego stanu, ubezpieczenia sowieckie obejmują wszystkich pracowników z wyjątkami stosowanymi ze względów politycznych, nie przynależą bowiem do obowiązkowych ubezpieczeń klasy dawniej posiadające, byli carscy urzędnicy, osoby, które w czasie rewolucji walczyły z bolszewikami i duchowni. (Zadziwiające jest, że pracownice umysłowe są w czasie porodu i połogu gorzej traktowane pod względem świadczeń, niż pracownice fizyczne). Związki zawodowe sowieckie wykonują czynności ubezpieczeniowe, a składką są obciążeni jedynie pracodawcy. Składki są w różnej wysokości, zależnie od bezpieczeństwa w grupie danej pracy.

Świadczenia *inwalidzkie* są zależne od rodzaju pracy i stopnia niezdolności. W tym kierunku istnieje podział na 4 grupy: 1) na zatrudnionych pod ziemią, 2) zatrudnionych w przemyśle transportowym, meblowym, elektrotechnicznym itd., 3) zatrudnionych w innych przemysłach oraz pracowników umysłowych zatrudnionych przy przemysłach przetwórczych, 4) grupę innych pracowników umysłowych.

Wyższy stopień niezdolności daje prawo do wyższych świadczeń, podobnie jak zatrudnienie przy robotach niebezpieczniejszych. Wysokość chorobowych zasiłków jest zależna od przynależności do związku zawodowego, lub pracy w przedsiębiorstwie państwowym, co naturalnie daje prawo do pobierania wyższych świadczeń. Sowieckie ubezpieczenia są organizacją najkompletniej scaloną, z uwagi jednak na swoiste warunki gospodarcze i społeczne nie mogą być wzorem dla państw o innej strukturze.

W Polsce idee ubezpieczeń społecznych spotykamy już w wieku XVII, kiedy powstały przymusowe kasy pomocy w górnictwie. W XIX wieku zorganizowano na nowo kasy brackie, czyli braterskie. Istniały ponadto różne dobrowolne kasy pomocy wśród rzemieślników i czeladzi oraz fabryczne kasy chorych i przezorności. Według Kulczyckiego w ostatnim dziesiątku XIX stulecia spotykamy instytucję tzw. kas oporu, jako zaczątek kas ubezpieczeniowych. Pierwszy teoretyczny pomysł ubezpieczeń społecznych wypracował w r. 1808 Rosenfeld z Torunia, a w r. 1843 inż. por. Antoni Bauman zgłosił Paskiewiczowi utopijny pomysł przymusowego ubezpieczenia i scalenia wszystkich rodzajów ubezpieczeń, który przez współczesnych został zdyskwalifikowany.

Po wojnie światowej otrzymała Polska w spadku rozmaite rodzaje ubezpieczeń, zależnie od dzielnic zaborczych. Natychmiast po powstaniu Państwa naszego wysunęło się na pierwsze miejsca zagadnienie *zreorganizowania instytucyj ubezpieczeniowych* i *przeprowadzenie rozrachunku* z sąsiadami, tj. z byłymi państwami zaborczymi. Rząd Polski musiał rozszerzyć ubezpieczenia na te dzielnice, które ubezpieczeń nie posiadały, aby zapewnić wszystkim w Polsce jednakowe korzyści z ubezpieczeń płynące. Drogą ewolucyjną i stopniowo zaczęto wprowadzać rozmaite rodzaje ubezpieczeń, starając się równocześnie o unifikację czynnych już instytucyj.

Sprawa ubezpieczeń *od choroby* została załatwiona ustawą z r. 1920 (nie dotyczyła tylko Śląska). Należeli do niej wszyscy pracownicy prócz państwowych i kolejowych, a pracownicy rolni tylko na zachodzie byli objęci ubezpieczeniem. W dzielnicy poniemieckiej i poaustriackiej reorganizacja poszła sprawnie. Na terenie b. zaboru rosyjskiego szła opornie i została ukończona dopiero w r. 1927. Cechą odróżniającą nasze ubezpieczenia od niemieckich jest przede wszystkim uprawnienie do świadczeń rodziny ubezpieczonego, podczas kiedy w Niemczech kasy mogły udzielać członkom rodziny świadczeń tylko dobrowolnie. Rok 1920 jest ważny u nas pod względem organizacyjnym z powodu wprowadzenia przymusowych związków kas chorych dla usprawnienia i koordynacji ich działań. Drugą pracą na warsztacie ustawodawczym polskim były ubezpieczenia od *wypadków*. W r. 1924 rozciągnięto ubezpieczenia na dzielnicę rosyjską, przez co zniesiono ustawę z r. 1903 o odpowiedzialności pracodawców za wypadki przy pracy. W r. 1924 wprowadzono ubezpieczenia *od bezrobocia*, najpierw dla pracowników fizycznych, a później dla umysłowych. Na ten fragment pracy naszych ustawodawców musimy patrzeć z prawdziwym uznaniem, gdyż ubezpieczenia na wypadek braku pracy nie były jeszcze zaprowadzone we wszystkich kulturalnych państwach. W roku 1922 wprowadzono *ubezpieczenie emerytalne* i świadczenia z tego działu podniesiono tak wysoko, jak nigdzie za granicą. Równocześnie ustanowiono nową instytucję, a mianowicie *przymusowy związek 4 samodzielnych zakładów ubezpieczeniowych*. Po kilku nowelach *zunifikowano w r. 1930* organizację instytucji ubezpieczeń społecznych rozporządzeniem p. Prezydenta tworząc większe i silniejsze kasy i zwiększając równocześnie zakres działania organów wykonawczych.

Pod *scaleniem* rozumiemy powierzenie wykonywania wszystkich rodzajów ubezpieczeń instytucjom, które tworzą zwartą całość, a w praktyce stanowią jedną instytucję. Praca nad scaleniem trwała dość długo. Projekt z r. 1927 zaopiniowany przez Radę ubezpieczeń społecznych został wniesiony do Sejmu, później wycofany, ponownie opracowany i dopiero *w r. 1933 dnia 28 marca* uchwalony przez Władze ustawodawcze z terminem wejścia w życie *dnia 1 stycznia 1934 r.* Wszystkie rodzaje ubezpieczeń są objęte naszym scaleniem, jedynie ubezpieczenia na wypadek *braku pracy* robotników jest *wydzielone* i połączone z *funduszem pracy*.

Ustawa reguluje ubezpieczenie: na wypadek choroby, emerytalne robotników, ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych oraz ubezpieczenie pracowników umysłowych. Terenem jej działania jest całe Państwo prócz Śląska, gdzie obowiązuje ordynacja niemiecka. Ustawa nie obowiązuje, jak wspomniałem, pracowników rolnych.

Jest to duża luka, wymagająca wyrównania z biegiem czasu.

Najdonioślejszą zdobyczą scalenia jest zrównanie co do praw do świadczeń wszystkich pracowników w Państwie, a nadto usprawnienie czynności ubezpieczeń i potanienie kosztów administracji wskutek ujednostajnienia organizacji.

W ustawie scaleniowej ubezpieczenia chorobowe wykazały wprawdzie obniżenie świadczeń, jest to jednak usprawiedliwione równoczesnym obniżeniem składek. W ubezpieczeniu emerytalnym i wypadkowym zauważa się w ogóle postęp, gdyż stało się ono jednolite na całym obszarze Polski. Z uwagi jednak na konieczność ugruntowania podstaw finansowych tego ubezpieczenia, musiano wstawić klauzulę do ustawy, że Min. Op. Społ. może ograniczyć wysokość świadczeń, jeżeli kasa nie wykaże wystarczających dochodów. W sprawie ubezpieczenia wypadkowego, zanotować należy pewne zmiany, ograniczające częściowo świadczenia, jak np. zniesienie renty od wypadku przy niezdolności poniżej 10% i ustalenie górnej granicy wymiaru świadczeń do sumy 725 zł. Z drugiej strony renty wdowie podwyższono z 20% na 30% i zakres ryzyka w ubezpieczeniu wypadkowym rozszerzono przez wprowadzenie odszkodowania za choroby zawodowe. W ustawie są pewne braki, które wykazała praktyka. Niemniej jednak ustawa scaleniowa jest budową potężną, zwartą i harmonijną, a nawet wypracowaną w najdrobniejszych szczegółach. Niewątpliwie dla Państwa posiada wielkie znaczenie, gdyż wykonanie jej, poza korzyściami wyżej wspomnianymi, podniesie ogólny stan zdrowia ludności i złagodzi nieporozumienia między pracownikami a pracodawcą, zapobiegnie ostatecznej nędzy bezrobotnego pracownika i zwiąże go z ideą państwową.

Pozostaje jeszcze kwestia odpowiedzi na pytanie: *jaka przyszłość czeka ideę ubezpieczeń społecznych* i jaki ma być dalszy jej kierunek rozwoju. Według niektórych specjalistów i ekonomistów, dalszy *rozwój zależy od międzynarodowej akcji* ujednostajniającej organizacje ubezpieczeń w całym świecie przez jedyny miarodajny czynnik, tj. przez *międzynarodową organizację pracy*. Prawdopodobnie w całym cywilizowanym świecie ubezpieczenie obejmie wszystkie ryzyka losowe człowieka pracy i podniesie poziom tzw. „minimum egzystencji". Ubezpieczenia społeczne zostaną nadal wcielone do planowej gospodarki społecznej i bezwątpienia odegrają w przyszłości wielką rolę.

Nie trzeba się łudzić, że podstawą ideową międzynarodowego porozumienia będzie tylko dobro klasy pracującej. Niewątpliwie równie ważnym momentem będzie *dążność do stworzenia jednolitych* podstaw *konkurencji* na rynkach światowych; wyprodukowanie bowiem jakiegoś artykułu w kraju o silnie rozwiniętym systemie ubezpieczeniowym kosztuje bezwarunkowo drożej niż tam, gdzie ubezpieczeń nie ma lub są w prymitywie. W Polsce konieczność podniesienia kultury higienicznej wsi i opieka nad zdrowiem pracowników rolnych zmusi władze państwowe do wciągnięcia do tej akcji, w szerszym zakresie, ubezpieczeń społecznych, tak jak to już nowe projekty ustaw „o zwalczaniu gruźlicy" i o „publicznej służbie zdrowia" przewidują. Dążymy do tego, aby każda jednostka, o ile jej stan majątkowy nie pozwala na zapewnienie opieki lekarskiej ze środków własnych, została tą opieką otoczona z funduszów publicznych, rządowych, samorządowych lub ubezpieczeniowych.

Polityka społeczna Państwa, mająca za zadanie łagodzenie przeciwności i harmonizowanie pracy, będzie miała w ubezpieczeniach ulepszony i sprawny organ wykonawczy, opieka zaś

nad zdrowiem publicznym znajdzie w ubezpieczeniach jedno z najpoważniejszych punktów oparcia. Wszystko to pozwoli nam pracować, zgodnie z rytmem życia państw kulturalnych — dla lepszego jutra.

Marian GLIŃSKI Kraków

Szpitalnictwo Województwa Krakowskiego

Dokończenie

Powracając jednak do najbardziej interesującego tematu, dotyczącego podstawowej sieci zakładów ujętych w pierwszej grupie, przejdę z kolei do krótkiego zobrazowania innych współczynników, rozstrzygających o istotnej wartości i o cechach tego szpitalnictwa. Ważnym czynnikiem w ocenie stanu szpitalnictwa, z punktu widzenia jakości i sposobu jego lecznictwa, jest przeciętna liczba dni leczenia jednego chorego. Oczywistą jest rzeczą, że przeciętna będzie tu miała bardzo dużą rozpiętość, uzależnioną od rodzaju leczonej choroby, ale otrzymywane średnie świadczą doskonale o sposobie pracy szpitala, o skuteczności jego leczenia, a z drugiej strony o obciążeniu pracą lekarzy. Dane o przeciętnej liczbie dni leczenia należało by więc właściwie rozpatrywać z uwzględnieniem podziału na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, zakaźne, itd., jednak przekracza to zakres tego skromnego sprawozdania, w którym muszę ograniczyć się do podania wartości przeciętnych, a więc ogólnych i to dotyczących tylko całych grup szpitalnych. Wydzielona przeze mnie grupa szpitali, tworząca sieć terytorialną, o zasadniczym znaczeniu w lecznictwie ludności województwa, wykazuje przeciętnie średni czas leczenia dla wszystkich chorób dni 19. W szpitalach społecznych wynosi 15 dni, publiczno-powszechnych 16.5 dnia, w państwowych, tj. klinikach 25 dni, a w komunalnych 27 dni. Cyfry te świadczą, o ile na ich podstawie można ogólnikowe twierdzenie wyprowadzić, o na ogół zadawalniającym stanie lecznictwa. Rzecz tę należało by podkreślić, jako godną uwagi przy stwierdzaniu braków w sieci szpitalnej i ilości łóżek. Przy obecnym stanie szpitalnictwa, polityka leczenia szpitalnego winna iść po linii leczenia w szpitalu tylko przypadków, wymagających nieodzownie tego leczenia, dalej przypadków w stosunku do których leczenie szpitalne skróci wybitnie czas leczenia, natomiast wszystkie przypadki chorobowe, które mogą być leczone ambulatoryjnie bez szkody dla chorego, winny być z leczenia szpitalnego bezwzględnie wyłączone. Leczenie szpitalne przypadków mogących być załatwionymi ambulatoryjnie miewa niekiedy miejsce, jeżeli zakład chce sobie zapełnić próżne akuratnie łóżka i szybkim wypisaniem chorego poprawić swoją statystykę przeciętnych dni leczenia.

Ważnym bardzo zagadnieniem jest sprawa niezbędnej liczby lekarzy w stosunku do liczby chorych. Ustalenie jakiejś konkretnej cyfry, współczynnika, *a priori*, jest bardzo trudne z uwagi na różne warunki i wymagania szpitali małych i dużych. Przyjmując przeciętne warunki szpitali prowincjonalnych, 1 lekarz winien wypadać na mniej więcej 30 łóżek (minimum 20, maksimum 40). Stojąc zaś na stanowisku, że szpital ogólny poniżej 60 łóżek nie ma racji bytu, choćby z uwagi na koszty, wobec tego w najmniejszym zakładzie winno być przynajmniej dwóch lekarzy, który to stan zapewni konieczną pomoc kierownikowi zakładu, asystę operacyjną, zastępstwo na wypadek choroby czy urlopu, czyli zapewni prawidłowe funkcjonowanie szpitala. Jakżeż więc wygląda ten stan na terenie województwa, jeżeliby przyjąć normę orientacyjną jeden lekarz na 30 łóżek. Otóż w połowie zakładów (biorąc pod uwagę wszystkie 51) jest stan ten powyżej normy, a w drugiej połowie poniżej. Najlepiej ilustruje to średnia 34.4 łóżek na jednego lekarza. Średnia ta jednak nic nie mówi o brakach, a te jednak są. Jeżeli pominiemy grupę zakładów prywatnych i więziennych, gdzie lekarz ma przeciętnie do obsłużenia 25 łóżek, potem grupę sanatoriów i zakładów specjalnych o średniej 55 łóżek na jednego lekarza, to znamienna grupa pierwsza zakładów przedstawia się następująco: w 10 szpitalach publiczno-powszechnych wypada przeciętnie lekarz na 37.5 łóżek, jednak należy zaznaczyć, że tylko w trzech zakładach jest poniżej normy 30, a to w Szpitalu św. Łazarza 1:15, w szpitalu w Nowym Targu 1:25, a w powszechnym w Wadowicach 1:28, natomiast w reszcie jest powyżej normy, dochodząc do cyfry 1:55 w Jaśle. Tu muszę podkreślić, że przy ocenie tego stosunku musi się wziąć pod uwagę również i ruch chorych w danym zakładzie, tj. przeciętny czas ich pobytu, jak również i obłożenie łóżek. Biorąc dopiero te trzy współczynniki pod uwagę, można ocenić należycie wartość pracy lekarza w poszczególnym zakładzie leczniczym. W zakładach publiczno-powszechnych przeciętny czas dni leczenia wynosi 16.5 dnia, obłożenie jest nam znane z poprzednich ustępów, tak więc na podstawie tych danych wyeliminować można zakłady o najgorszym wyposażeniu w personel lekarski, stwierdzając, że w ogóle wysiłek pracy lekarskiej przy stosunku lekarz na 37.5 łóżka, obłożeniu 99.24%, przeciętnym czasie leczenia 16.5 dnia, jest bardzo ciężki. Na specjalną uwagę zasługuje stan personelu lekarskiego w szpitalu bocheńskim. Jeden jedyny lekarz ma do obsłużenia 50 łóżek, przy 122% obłożenia, a 15 dniach przeciętnego czasu leczenia. Stan ten jest co najmniej nieracjonalny. W zakładach komunalnych, gdzie personel lekarski wypada przeciętnie 1:38, warunki pracy lekarskiej i obsłużenia chorych są już lepsze, ponieważ obłożenie jest niższe, wynosi 79%, a średnia przeciętnego czasu leczenia wyższa, bo dni 27. W zakładach społecznych jest jeszcze lepsza sytuacja, wobec proporcji przeciętnej 1 lekarz na 11 chorych, przy przeciętnym czasie leczenia dni 15, a obłożeniu 79%. Bezwzględnie najlepsze warunki są w zakładach państwowych, klinikach, wytłumaczone zresztą charakterem dydaktycznym tych zakładów. Obrazuje to przeciętny stosunek 1 lekarz na 8.4 chorych przy wykorzystaniu 63%, a 25 dniach przeciętnego czasu leczenia. W całej reszcie zakładów leczniczych zasługują na uwagę tylko stosunki w Państwowym Zakładzie dla Umysłowo Chorych w Kobierzynie — swoiste zresztą z powodu specjalnego charakteru zakładu — jeden lekarz na 125 chorych, przy 114.1% obłożenia, jednak 247 dniach przeciętnego czasu leczenia.

W ślad za wyposażeniem w personel lekarski idzie sprawa pomocniczego personelu fachowego, to jest pielęgniarskiego. Tutaj sprawa przedstawia się źle, bo jeżeli przyjmiemy teoretycznie, że celem zabezpieczenia starannej opieki chorym powinniśmy mieć do dyspozycji 20—30 osób tego personelu na 100 łóżek, tj. jedna siła pielęgniarska na 3.5—5 łóżek, to w zakładach leczniczych na terenie województwa 1 siła wypada przeciętnie na 30 łóżek. Wahania są tutaj duże, bo jeżeli w szpitalach społecznych jest najlepszy stosunek 1 pielęgniarka na 12 łóżek, to w sanatoriach mamy jedną pielęgniarkę na 48 łóżek. W szpitalach publiczno-powszechnych, gdzie stosunek ten wynosi 1 do blisko 32, stan ten nie poprawia bynajmniej niedostatecznego wyposażenia w personel lekarski, i nie ułatwia mu też pracy. A pamiętać należy, że o wyniku leczenia decyduje nie tylko odpowiednie leczenie, ale również odpowiednie pielęgnowanie chorych. W ogóle stwierdzić należy, że pokutuje w szpitalnictwie naszym jeszcze dotąd system, że służba salowa, która winna spełniać najprostsze tylko posługi i roboty, spełnia w znacznej mierze czynności pielęgniarskie. Wynika to z oczywistego braku tej służby pielęgniarskiej, toteż niedobór ten, nie dający się niczym usprawiedliwić z punktu widzenia fachowego, pokrywa przynajmniej w części służba salowa. Wyposażenie w tę służbę też nie jest zadowalające, jeżeli przeciętnie jedna siła na sali wypada w naszych szpitalach na 14 łóżek, przy założeniu potrzeby 1 siła na 5 łóżek. Zadowalniające zaopatrzenie w personel na sali (1:5) mamy tylko w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie, OO. Bonifratrów (1:4), a zbliżają się do normy Szpital Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie, oba szpitale żydowskie i kliniki. Szeregi personelu szpitalnego zamykają personel gospodarczy, wypadający średnio około 14 sił na jedno łóżko i personel administracyjny w ilości przeciętnej jedna siła na około 29 łóżek. Uderzyć tu może pewna dysproporcja, bo jeżeli przeciętnie na terenie województwa jeden lekarz szpitalny obsługuje 34 łóżka (34.4), jedna siła administracyjna ma do obsłużenia 29 łóżek. A więc jeden lekarz i prawie jedna siła administracyjna. Jeżeli dane te nie są oparte na mylnych przesłankach, wynikających ze sposobu wygotowania sprawozdań szpitalnych, to stwierdzić należy niezbyt zdrowy fakt, że biurowość w związku z leczeniem chorego w szpitalu wymaga niewiele mniej czasu i pracy, co jego leczenie.

Z kolei należało by omówić stan uzbrojenia szpitali w pomocnicze urządzenia rozpoznawcze. Wchodzą tu w grę niezbędne w dzisiejszym postępie metod diagnostycznych aparaty Roentgena, pracownie analityczne i pracownie bakteriologiczne. Otóż jeżeli na 51 zakładów leczniczych na terenie województwa 17 zakładów nie posiada aparatu Roentgena, w grupie szpitali „publicznych" nie posiadają dotąd tego uposażenia trzy szpitale powszechne, w Bochni, Jaśle i Żywcu. Podanie stanu faktycznego co do posiadania pracowni analitycznych jest b. trudne, ponieważ niejednokrotnie zakłady posiadające dosłownie kilka probówek, kilka odczynników i ewentualnie mikroskop, stwierdzają, że posiadają pracownię, a przecież możność wykrycia białka, cukru, wałeczków w moczu, czy nawet prątków w plwocinie leży w zakresie działania każdego dobrze wyposażonego lekarza na prowincji. Od zakładu leczniczego żąda się czegoś więcej — i tę pracownię analityczno-chemiczną winien mieć każdy zakład

leczniczy. Niestety, na ogólną liczbę 51 zakładów, 9 tej pracowni nie ma, a co gorsze, w tej cyfrze dziewięciu figurują cztery szpitale powszechno-publiczne w Bochni, Jaśle, Żywcu, Wadowicach. Ostatnim elementem uzbrojenia w pomoc diagnostyczną jest pracownia bakteriologiczna, albo wyrażając się jasno i dobitnie, pracownia serologiczno-bakteriologiczna. W tej dziedzinie wyposażenie jest najgorsze, bo na terenie województwa zaledwie 10 zakładów leczniczych posiada takie pracownie. Pocieszający jest tylko fakt, że na liczbę tę, siedem pracowni mieści się w zakładach, stanowiących wydzieloną przeze mnie grupę zakładów „publicznych". Należało by ten ważny szczegół podkreślić, wymieniając te zakłady, oto: Szpital św. Łazarza, Szpital w Chrzanowie, Miejski Epidemiczny Szpital w Krakowie, OO. Bonifratrów, Gminy Wyznaniowej Żydowskiej, Ubezpieczalni Społecznej, Klinika Okulistyczna, wszystkie w Krakowie. Niestety katastrofalne jest usytuowanie tych pracowni w terenie, bo aż sześć mieści się w Krakowie, a tylko jedna na tak zwanej prowincji, zresztą i pozostałe trzy pracownie w innych zakładach leczniczych też pod tym względem nie zadowalniają, bo dwie mieszczą się w Zakopanem (Sanatorium P. C. K. i Zakład dla dzieci na Bystrem), a jedna znowu w Krakowie (Lecznica Związkowa). Znaczenie tych trzech elementów pomocniczych diagnostycznych jest niedoceniane, a stanowią one nie tylko nieodzowne uzbrojenie szpitala na czas pokoju, ale są równocześnie jednym z warunków dostosowania zakładu leczniczego do ratownictwa sanitarnego obrony przeciwlotniczo-gazowej, na wypadek wojny.

Celem uzyskania pełnego obrazu obecnego stanu szpitalnictwa, należy rozważyć również warunki higieniczne zarówno terenu szpitala, jak samego budynku szpitalnego i w końcu jego urządzeń higieniczno-gospodarczych. Projektując nowy budynek leczniczy, dobiera się dla niego odpowiednio wielki i odpowiednio usytuowany plac. Chcąc z tego punktu oświetlić obecne warunki zakładów leczniczych, ograniczę się tylko do uwag co do przestrzeni, jaką poszczególne szpitale zajmują, uważając ten moment za bardzo cenny, chociaż nie jedyny, przy podejmowaniu jakiejkolwiek dyskusji nad projektami rozbudowy istniejących szpitali. Otóż oprzeć się musimy na zasadzie i normie, że na każde łóżko winno wypadać 100 m² powierzchni placu szpitalnego. Zazwyczaj przy projektowaniu nowego szpitala dolicza się jeszcze do tego około 50% w przewidywaniu rozbudowy. Zasadniczą jednak normą higieniczną jest średnio 100 m² na jedno łóżko i normę tę, zwłaszcza dla prowincji, należało by uważać za minimum. Jeżeli teraz zainteresujemy się powierzchnią szpitalną 10 szpitali powszechno-publicznych, to musimy stwierdzić, że 5 spośród nich zajmuje obszary poniżej i to niejednokrotnie dużo poniżej normy, a pięć ma teren powierzchniowy odpowiedni. Dalej z ostatnich pięciu tylko jeden właściwie ma odpowiedni teren do rozbudowy (w Nowym Targu), podczas gdy trzy (Biała, Bochnia, Wadowice) tylko nieznacznie mogą rozbudować swoje łóżka o 10—25. Spośród szpitali komunalnych, Chrzanowski i Epidemiczny w Krakowie mają olbrzymie pole do rozbudowy, podczas gdy Szpital Klimatyczny w Zakopanem mieści się na przestrzeni właściwie o 2/3 dla siebie za małej. W grupie szpitali społecznych za małą mają przestrzeń, o 3/4 Szpital Ubezpieczalni w Krakowie, o 4/5 Szpital OO. Bonifratrów, o blisko 1/2 Szpital Żydowski w Krakowie, a o 1/3 Szpital Żydowski w Tarnowie. Pomijając już kliniki uniwersyteckie, sanatoria i całą resztę zakładów, stwierdzić należy w stosunku do grupy poprzednio omówionej, że trudno jest w takich warunkach przyjąć istniejący stan za odpowiadający warunkom higienicznym, które sami przecież tworzymy i których żądamy.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na budynki, w których mieszczą się obecne szpitale, to wypadało by wspomnieć o takich faktach, że np. Szpital Powszechny bocheński mieści się w starym zajeździe-karczmie, jasielski w budynku wznoszonym w niewiadomym celu, zdaje się, że w budynku jakichś koszar wojskowych, zupełnie nie odpowiadających obecnemu przeznaczeniu, a Szpital św. Łazarza mieści się przecież częściowo w starych gmachach klasztornych, adaptowanych wprawdzie, ale w granicach możliwości. Z wymienionych powyżej kilku faktów nie wynika, aby na terenie województwa nie było gmachów szpitalnych celowo wzniesionych i odpowiadających swemu przeznaczeniu. Przeciwnie, są budynki współczesne — nieliczne wprawdzie — wznoszone z uwzględnieniem bieżących wymagań, są potem budynki stare, ale adaptowane tak, że odpowiadają swemu przeznaczeniu. Na ogół jednak, pod względem budowlanym szpitalnictwo województwa pozostawia dużo do życzenia.

Z warunków higienicznych wnętrza budynków szpitalnych, bodajże jednym z najważniejszych jest odpowiednia kubatura przestrzeni przeznaczonej dla każdego chorego. Stoimy na zasadzie, że normą higieniczną dla szpitalnictwa, a więc dla chorego jest 30 m³. Jeżeli weźmiemy średnią dla wszystkich zakładów leczniczych w województwie, która wynosi 27.6 m³, to już orientujemy się, że tych warunków higienicznych szpitalnictwo województwa krakowskiego na ogół nie posiada. Analizując bliżej stwierdzić można, że średnia kubatura w szpitalach (10) powszechno-publicznych wynosi zaledwie 19.5 m³, przy wahaniach od 13.7 m³ (Jasło) do 25 m³ (Kraków, Szpital św. Łazarza). Stan ten przecież nie może być uważany za zadowalający. W szpitalach komunalnych mamy średnią 22.7 m³ z wahaniami od 18 m³ (Chrzanów) do 30 m³ (Zakopane, Szpital Klimatyczny). Dopiero w zakładach społecznych otrzymujemy przeciętną 35.2 m³, dzięki Szpitalowi Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie z kubaturą 50 m³, i Szpitalowi OO. Bonifratrów w Krakowie — 45.6 m³. Kliniki uniwersyteckie posiadają normę, bo przeciętnie 31.8 m³. Z powyższego wynika, że szpitale powszechno-publiczne, pracujące przy największym obłożeniu, przenoszącym niejednokrotnie 100%, przy dużym ruchu chorych, bo 16.5 dniach przeciętnego czasu leczenia, posiadają najgorsze warunki higieniczne.

Pozostaje do rozpatrzenia sprawa urządzeń higieniczno-sanitarnych i gospodarczych. Na pierwszym miejscu zajmę się urządzeniami desynfekcyjnymi. Otóż na 51 zakładów — 26 posiada odpowiednio urządzone komory desynfekcyjne, 10 zakładów ma tylko małe przenośne urządzenia, a 15 nie posiada żadnego wyposażenia w tym kierunku. Tych piętnaście ostatnio wymienionych zakładów rekrutuje się z grupy zakładów prywatnych, częściowo sanatoriów i kilku klinik (4), które jednak korzystają z urządzeń desynfekcyjnych Szpitala św. Łazarza, w sposób zupełnie zadowalający. Wyposażenie sieci szpitali terytorialnych, stanowiących istotę naszego szpitalnictwa, jeżeli chodzi o leczenie w ogólności, a chorób zakaźnych w szczególności, jest obecnie wystarczające, chociaż podnieść należy, że jeden ze szpitali powszechno-publicznych, a mianowicie w Jaśle, dopiero w ostatnich miesiącach rozwiązał tę kwestię, bo do tego czasu nie posiadał komory desynfekcyjnej. Znaczenia urządzeń desynfekcyjnych w szpitalu nie potrzeba tłumaczyć, ani wyjaśniać, są one podstawowym elementem dla lecznictwa i zapobiegania chorób zakaźnych i niepodobieństwem jest prawidłowe funkcjonowanie szpitala ogólnego bez tego wyposażenia.

Na drugim miejscu zainteresowań, skierowanych na urządzenia higieniczno-sanitarne, stoi sprawa zaopatrzenia w wodę, wiążące się z nią urządzenia kąpielowe i kanalizacja. Oczywistą jest rzeczą, że wszystkie zakłady lecznicze są już zaopatrzone w wodę bieżącą, którą 38 zakładów czerpie z wodociągów ogólnych, a trzy tylko z nich uzupełnia swe zapotrzebowanie dodatkowymi, własnymi urządzeniami czerpnymi. 13 zakładów leczniczych opiera swe zaopatrzenia w wodę wyłącznie na własnych urządzeniach. Dostarczanie wody, pod względem ilości, stanowi w szeregu zakładów jeszcze zagadnienie do rozwiązania, natomiast należyte rozprowadzenie wody w samym budynku szpitalnym i salach chorych, jedynie w ośmiu zakładach leczniczych stoi na poziomie współczesnych wymagań higienicznych. Przy zaopatrzeniu w wodę należało by zwrócić na jeden moment szczególną uwagę. Woda jest w szpitalach czynnikiem tak istotnym, że bez niej, w razie jej braku, musimy się liczyć z katastrofą, z zamarciem pracy szpitalnej. Otóż ten moment może być aktualny *casu belli* — i z tym należy się bardzo poważnie liczyć. Z tego punktu widzenia oceniając, najgorzej zaopatrzone są szpitale, czerpiące wodę z sieci wodociągowych ogólnych, w lepszych warunkach są szpitale posiadające własne źródła wody, a w najlepszych te, które mają dwa źródła wody, własne i ogólne, czyli mają źródła zastępcze. Takich szpitali jest, niestety, tylko trzy, a przy tym ta dwoistość źródeł wody wyszła u nich nie z pobudek potrzeb o. p. l., ale z powodu niedostatecznej ilości wody z jednego źródła. Z powyższego wynika wniosek co do postępowania na przyszłość, że nie tylko sieć wody bieżącej winna być w każdym zakładzie leczniczym rozprowadzona jak najszerzej i najidealniej, ale każdy zakład winien się postarać o dwa źródła wody, które by zapewniły nie tylko obfitość, ale nawet nadmiar i mogły się wzajemnie bez większego uszczerbku zastępować. Z zagadnieniem wody łączy się bezpośrednio sprawa urządzeń kąpielowych. Trudno jest stan tego wyposażenia przedstawić jakoś obrazowo dla całości szpitalnictwa, bo nie wiadomo, jak do niego podejść, czy z punktu widzenia ilości wanien, tuszów, czy wreszcie łazienek, czy też z punktu widzenia jakości tych urządzeń. Spróbuję przedstawić stan urządzeń kąpielowych — z góry się zastrzegam, że nie w sposób istotnie rzeczowy — podając przeciętną liczbę łazienek na jeden zakład leczniczy. Wynosi ona około 9 łazienek na każdy zakład, natomiast w stosunku do łóżek, wypada jedna łazienka

na około 17 łóżek (chorych). Na tej podstawie, przyjmując, że każda łazienka ma tylko jedną wannę, co jednak nie jest zgodne z rzeczywistością, traktując *per analogiam* stosunek łazienki, tj. w naszym rozumowaniu wanny, tak, jak przyjmuje się stosunek umywalki na chorego, jednak umywalka na 10—15 osób, można by z tego stanu rzeczy być zadowolonym. Pozostają jednak niewiadome — stan użytkowy tej łazienki, częstość jej używania i usytuowanie z punktu widzenia organizacyjnego, zwłaszcza jeżeli chodzi o przyjmowanie nowych chorych, usytuowanie dotyczące łączności urządzenia kąpielowego z jednej strony z izbą przyjęć, a z drugiej z komorą dezynfekcyjną. Zagadnienie wody, kąpieliska kończy się na zagadnieniu kanalizacji. Zakład leczniczy winien mieć w zasadzie własną zamkniętą kanalizację i to połączoną z pewnym systemem unieszkodliwienia ścieków, z uwagi na możliwość roznoszenia pierwiastków chorobotwórczych. Z zasady zawsze winien mieć takie urządzenia, jeśli ma oddział zakaźny, lub gdy włączony jest do sieci kanalizacyjnej ogólnej. Na terenie województwa 27 zakładów posiada własną kanalizację z systemem oczywiście biologicznym, co z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowia jest korzystniejsze. Natomiast 24 zakłady włączone są do ogólnych sieci kanalizacyjnych i w stosunku do nich nie ma pewności, czy posiadają odpowiednie urządzenia oczyszczające, a jeżeli je już posiadają, to czy urządzenia te działają sprawnie.

O stanie urządzeń gospodarczych napomknę w krótkości. Że tylko 29 zakładów posiada jedynie właściwie racjonalne w szpitalu ogrzewanie centralne (6 ma częściowo centralne, częściowo piecowe, a reszta, tj. 16 wyłącznie piecowe). Dalej, że kuchnie zmechanizowane posiada tylko 9 zakładów, a zmechanizowane pralnie 21 zakładów. Oświetlenie elektryczne posiadają wszystkie zakłady, za wyjątkiem maleńkiego Szpitala OO. Bonifratrów w Zebrzydowicach.

Do kompletnego obrazu całości szpitalnictwa brakuje nam tylko danych co do kosztów dnia leczenia i rocznego kosztu utrzymania jednego łóżka. Przeciętny koszt dnia leczenia, obliczając na podstawie danych z wszystkich zakładów leczniczych wynosi 6.11 zł, a roczny koszt utrzymania łóżka 1.512 zł. W poszczególnych grupach zakładów koszty te przedstawiają się następująco:

Grupa	Koszty dnia leczenia	Rzeczywisty koszt jednego łóżka (roczny)
I. Szpitale powsz.-publ.	3.31	1.072
Szpitale komunalne	6.15	1.408
Szpitale społeczne	5.68	1.613
Szpitale państwowe	8.33	2.226
średnia	5.18	1.483
II. Sanatoria, zakłady specjalne	6.18	1.807
III. Zakłady prywatne	10.41	1.312
średnia	6.11	1.512

Jak z powyższego wynika, najniższe koszty wykazują szpitale powszechno-publiczne. Rozpiętość, w tej skądinąd zwartej grupie, kosztów dnia leczenia jest dość duża, bo od 2.15 (Jasło), do 3.98 (Tarnów), rocznego kosztu łóżka od 618 do 1.499 w tych samych szpitalach. W ogóle Jasło — Szpital Powszechny daje dolną granicę rozpiętości kosztów, jeśli wziąć wszystkie zakłady lecznicze województwa krakowskiego, podczas gdy górna granica ustala się w sumie 17.20 dzień, a 3.131 łóżko w Klinice Ginekologicznej w Krakowie. Ta olbrzymia rozpiętość w przeciętnych kosztach świadczy z jednej strony o kolosalnych różnicach w wydatkach nieruchomych, bo przecież trzeźwo sądząc, wydatki ruchome, tj. żywienie i leczenie chorych, nie mogą dawać takich olbrzymich różnic, a z drugiej może świadczyć również o braku normalizacji w gospodarce szpitalnej.

Teraz należało by ten cały materiał ująć w krótkim szkicu, dać na matówce sprawozdań i statystyki migawkowy obraz szpitalnictwa województwa krakowskiego. A więc szpitalnictwo ubogie w łóżka. Nie obejmuje swą siecią 1/3 części terenu i ludności. Brak 2/5 potrzebnej ilości łóżek zakaźnych, 1/2 psychiatrycznych. Łóżka gruźlicze obsadzone przez obcą województwu ludność. Wytężająca, niejednokrotnie ponad normę praca w szpitalu, przy równoczesnym słabym wyposażeniu w personel lekarski i pomocniczy, a dużym ruchu chorych. Nikłe uzbrojenia fachowe, higieniczne i gospodarcze, nie dają dobrych warunków obronnych, wymaganych koniecznością dostosowania do o. p. l. Słaby, a niejednokrotnie zły stan budowlany i brak przeciętnych warunków do rozbudowy. Chorzy mają w ogóle warunki higieniczne i pielęgnacji poniżej przyjętych oficjalnie norm szpitalnych, a mimo tego w opinii publicznej szpitalnictwo województwa krakowskiego ocenione jest wysoko i darzone jest zaufaniem do poziomu lecznictwa.

Po stwierdzeniu braków szpitalnictwa, trzeba konsekwentnie przedstawić plan, który by te braki usunął. Plan taki obejmować winien trzy zagadnienia: pierwsze — podciągnięcie obecnie istniejących szpitali do stanu ogólnego, jakiego żądamy od szpitalnictwa współczesnego, drugie — rozbudowa już istniejących szpitali i trzecie — kreowanie i budowa zgoła nowych zakładów leczniczych.

Co do zagadnienia pierwszego pragnę podkreślić, że podciąganie szpitalnictwa wzwyż pod względem jakościowym, do tak zwanego zachodnio-europejskiego poziomu, jest nie tylko zagadnieniem obrony zdrowia ludzkiego, ale wobec nastawienia i warunków bytu dzisiejszej Europy, jest zagadnieniem obronności kraju i państwa. Pod tym kątem widzenia należy przystępować do usuwania braków w szpitalu. Innymi słowy wyrażając się, jest to sprawa przystosowania szpitali do ratownictwa sanitarnego o. p. l. Nie żąda ono dużo więcej, jak stworzenia idealnych warunków dla chorego i szpitala — na czas pokoju. Jeżeli w szpitalu nie możemy poprawić złego stanu kubatury (bez zmniejszenia liczby łóżek) to wprowadźmy wentylację ssąco-tłoczącą, wprowadźmy częstą wymianę powietrza, a na tym i o. p. l. coś zyska, bo stworzymy w szpitalu pomieszczenia uszczelnione, wentylacją tłoczną, nadciśnieniem. Własne źródło wody i światła jako elementy zastępcze obecnie istniejących, na pewno poprawią dzisiejsze stosunki szpitalne pod tym względem, a zadość uczynią równocześnie i służbie o. p. l. Roentgen, pracownia analityczna, bakteriologiczna, rozbudowa racjonalna urządzeń kąpielowych, związanych z izbą przyjęć szpitalną lub ambulatorium i desynfekcją, postawienie działu gospodarczego na poziomie wymagań dzisiejszej higieny, mechanizacja kuchni, chłodnie, mechanizacja pralni, to wszystko są sprawy każdemu szpitalowi potrzebne, podnoszące jego wartość, a stanowiące równocześnie część tego, co obecnie potocznie nazywamy przygotowaniem szpitali do ratownictwa sanitarnego o. p. l. Od tego musimy zacząć, ponieważ po prawdzie nie mamy jeszcze szpitala, o którym moglibyśmy powiedzieć, że jest choć w części przystosowany do obrony przeciwlotniczo-gazowej, jeśli pominąć jeden fragment w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie, przystosowany do o. p. l. Jak to dopiero będzie zrobione, będzie można myśleć dalej o urządzeniach do specjalnego leczenia, schronach.

Drugim z kolei zagadnieniem poprawy obecnego stanu szpitalnictwa jest rozbudowa obiektów już istniejących. Jedno tylko wstępne zastrzeżenie, mamy obiekty takie, jak Szpital w Bochni, Jaśle, gdzie trudno mówić o rozbudowie z uwagi na fatalny stan. Rozbudowywać należy i można tylko obiekty wartościowe, a na miejsce bezwartościowych musi się budować nowe. Bocheński i jasielski więc szpital traktować musimy w planie usunięcia braków obecnego szpitalnictwa, w grupie projektowanych nowych szpitali. Rozbudowa podstawowej sieci szpitali, stanowiących o lecznictwie szpitalnym województwa musi objąć następujące jednostki. Szpital Powszechny w Białej — budowa pawilonu zakaźnego na 60 łóżek, następnie budowa nowego pawilonu wewnętrznego. Chrzanów, Szpital im. Piłsudskiego — budowa pawilonu zakaźnego na 50 łóżek, która jest zresztą w końcowym okresie realizacji. Gorlice — Szpital Powszechny — rozbudowa ogólna oraz celem zwiększenia ilości łóżek o 40. Kraków — Szpital św. Łazarza — rozbudowa ogólna oraz zwiększenie ilości łóżek o około 650. Kraków — Szpital Gminy Wyznaniowej Żydowskiej — rozbudowa ogólna oraz zwiększenie ilości łóżek o około 150. Kobierzyn — Państwowy Zakład dla Umysłowo Chorych — rozbudowa ogólna ze zwiększeniem o 200 łóżek, + 400 w formie kolonij dla spokojnych chorych. Nowy Sącz — Szpital Powszechny — rozbudowa ogólna ze zwiększeniem ilości łóżek o 70. Nowy Targ — Szpital Powszechny — rozbudowa ze zwiększeniem ilości łóżek o 30 (zakaźnych). Zakopane — Szpital Klimatyczny — rozbudowa o 155 łóżek. Tarnów — Szpital Powszechny — rozbudowa w toku do 350 łóżek, a więc o 86 więcej, niż obecnie. Wadowice — Szpital Powszechny — rozbudowa w toku do 100 łóżek, a więc 15 nowych. Wreszcie rozbudowa Szpitala Powszechnego w Żywcu ze zwiększeniem łóżek o 20. Łącznie rozbudowa 12 szpitali dałaby w sumie 1.826 łóżek, w tym 600 psychiatrycznych, a około 300 zakaźnych.

Ostatnią fazą rozbudowy szpitalnictwa, jednak nie co do czasu i kolejności realizacji, jest sprawa budowy nowych zakładów leczniczych, które by sieć szpitali i ilości łóżek zagęściły do warunków idealnych. Program odczytać można z mapy, chodzi tylko o ustalenie kolejności, ta jednak sama życiowo się wysuwa. A więc pomijając budowę w Bochni i w Jaśle, na te-

renie tworzącego się Centralnego Okręgu Przemysłowego (C. O. P.) — już dziś przygotowuje się plany i kapitały na budowę małych szpitali 80-łóżkowych w Dębicy i Mielcu. Kolejność powyższą powoduje postęp uprzemysłowienia, natomiast rozwój lecznictwa zdrojowego spowodował projekt budowy szpitala w Krynicy. Z grupy zakładów specjalnych projektowana jest, niestety dopiero w okresie zamierzeń, budowa nowego szpitala psychiatrycznego. Realizacja tych zamierzeń wprowadzi znowu automatycznie w życie projekty kreowania nowych zakładów leczniczych.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Lekarz Polski. Nr 6. 1938. Janiszewski T. i Odrzywolski W.: Okres wakacji szkolnych letnich ze stanowiska higieny. — Odrzywolski W.: Kongres Bezpieczeństwa Pracy z lekarskiego punktu widzenia.

Zdrowie Publiczne. Nr 5. 1938. Heller J.: Dwa lata profilaktyki jodowej w woj. krakowskim. — Rychlik M.: Kontrola nad solą jodowaną w wojew. krakowskim. — Szczygieł A.: W sprawie kontroli żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży. — Rudolf Z.: Usuwanie śmieci w miastach. — Kowarski L.: Zdrowie publiczne w województwie warszawskim. — Prażmowski W.: Współpraca szpitali z Filią Państwowego Zakładu Higieny w Wilnie. — Planeta B.: Uwagi w sprawie kontroli garnków glinianych.

Zdrowie Publiczne. Nr 6. 1938. Grzegorzewski E.: Odra, jako zagadnienie zdrowia publicznego. — Margasiński Z.: Odnikotynizowanie tytoniu. — Burbianka M.: Wpływ metali na bakterie mleka. — Jakszewicz: Opieka sportowo-lekarska na Wołyniu.

Lekarz Wojskowy. T. XXXII. Nr 1. 1938. Kucharski T.: Otyłość i lipomatozy ze szczególnym uwzględnieniem leczenia zdrojowego w Ciechocinku-Zdroju. — Łaba R.: Kiła późna układu wątrobowo-śledzionowego. — Żołędziowski Z.: Sposób wsysania się wylewów krwawych w ciałku szklistym. — Millak H.: Pluskwa, jej biologia i zwalczanie. — Cybulski A.: W sprawie mycia menażek żołnierskich. — Szłązak J.: Zagadnienie lekarskie w sporcie spadochronowym. — Kulesza J.: Potencjometr na usługach chemika współpracującego z lekarzem.

Folia Morphologica. Vol. VIII. Nr 1—2. Needham J.: Aspects nouveaux de la chimie et de la biologie de la croissance organisée. — Steinfeld Z. S.: Anatomia porównawcza przyczepów dożebrowych mięśnia skośnego wewnętrznego brzucha (m. abdominis obliquus internus) u Naczelnych i człowieka. — Vinnelli-Baptista B.: :Quelques recherches sur les sujets brésiliens. —. Dreszer R. i Cunge M.: Obrazy naczyniowe uzyskane metodą Słonimskiego-Cungego w niektórych schorzeniach neurologicznych. — Michałowski R.: Badania nad tworzeniem się czerwonych ciałek krwi w wątrobie i trzustce u ssaków. — Krysiak K.: W sprawie uścięgnienia m. międzykostnego pośrodkowego (m. interosseus medius) u Equidae.

Medycyna. Nr 12. 1938. Domagk G.: Drogi i cele chemoterapii. — Fiumel A.: Medycyna na usługach lotnictwa. — Grott J. W.: O skuteczności leczenia lambliazy atebriną. — Stankiewicz Z.: O cholangiografii. — Sidorowicz W.: Wpływ motocyklizmu na kończyny dolne.

Medycyna Praktyczna. Z. 10. 1938. — Sabatowski A.: O wybrzeżu morskim. — Melanowski W. H.: Zagadnienia wskazań eugenicznych w dziedzicznych cierpieniach i cięższych wadach narządu wzroku.

Acta Vitaminologiae. Vol. 1. Fasc. 2—3. 1938. Scheunert A.: Zagadnienie znaczenia chleba i mąki, jako źródeł witaminu A. — Bezsonoff N. i Wołoszynowa M.: O bezpośrednich produktach rozpadu witaminu C. — Traczewski C.: Nazwy naukowe a ochronne przemysłowe preparatów. — Runge S.: Witamino-hormonalne próby wzmożenia płodności u zwierząt domowych. — Lelesz E. i Przeździecka A.: Zagadnienie czynności tarczycy i witamin A. — Przeździecka A.: Badanie zawartości witaminu C w kartoflach uprawianych w Polsce. I.

Prasa Lekarska. Nr 7. 1938. Jahn D.: Rozpoznanie i leczenie chorób trzustki. — Guzman S.: Fizjologia i patologia tarczycy.

Therapia Nova. Nr 6. 1938. Heryng P.: Nieswoiste leczenie bodźcowe (dok.). — Boczko A.: Nakłucie lędźwiowe jako metoda lecznicza.

Archiwum Medycyny Biologicznej. Z. 2. 1938. Dobrowolski L.: Krzem przy gruźlicy płucnej. — Friedrich K. L.: Ekzema i przyrodolecznictwo. — Moll J.: Leczenie pląsawicy.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 27. 1938. Brzezinski St.: Badania nad jadami gronkowcowymi.

Położna. Nr 5—6. 1938.

Położna. Nr 7—8. 1938.

Młoda Matka. Nr 13. 1938.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 215. 1938.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 6. 1938.

OCENY

Krämpte im Kindesalter. H. BISCHOFF.

Zwięzły podręcznik zawierający kliniczny opis schorzeń drgawkowych, występujących w wieku dziecięcym. Dobre schematyczne ujęcie kwestii dla lekarzy praktyków. Wadę książki stanowi niezupełnie przejrzysty podział, np. łączenie w jedną grupę schorzeń o różnym podłożu (spasmofilia).

J. Rosenbusch (Lwów).

Podręcznik biologiczno-dentystyczny (wydanie kieszonkowe) (Biologisch-zahnärztliches Taschenbuch 1938). WALTHER KLUSSMANN. Nakładem Hippokrates G. m. b. H. Stuttgart-Leipzig, 487 stron.

Współpraca kilkunastu profesorów i lekarzy stworzyła cenny podręcznik, który ujął z punktu biologicznego zagadnienia stomatologiczne.

Bardzo wiele miejsca zajęło omówienie sprawy „rozpadu uzębienia" na skutek niewłaściwego odżywiania.

Omawiając zagadnienia pochodzenia ogniskowego wymienia autor jako ogniska: martwe zęby, ziarniny, torbiele, przewlekłe owrzodzenia przydziąsłowe i ropotok dziąsłowy. Wpływ składników mineralnych i witamin na zęby, wpływ rasy, klimatu i cywilizacji na uzębienie.

W drugiej części książki, w części praktycznej, omawia sposoby odżywiania dziecka, człowieka dorosłego, kobiety ciężarnej, błędy kucharskie, właściwy sposób jedzenia i żucia, higienę jamy ustnej.

Nie brak opisu wskazań do usuwania zębów, znieczulania, narkozy, tamowania krwi, stanowiska biologicznego w dentystyce zachowawczej i protetyce, ortodoncji, przy zabiegach leczniczych w paradentozie i wypełnianiu zębów pozbawionych miazgi.

Książkę kończy pouczająca tabela o wartości wapnia i witamin w składnikach pożywienia, tablica ilustrująca wpływ kultury na próchnicę zębów u człowieka od czasów najdawniejszych do obecnych, następnie szereg wykresów uzmysławiających stan rozpadu uzębienia, zarówno w zębach mlecznych, jak i stałych.

Książkę kończy wyciąg z prawa o sterylizacji z dnia 14 lutego 1930 r. z uwzględnieniem następowych zmian ustawowych.

T. Owiński (Lwów).

Die Ernährungsbehandlung in der Chirurgie. A. SILLER. Vorträge aus d. prakt. Chirurgie. H. 21. F. Enke Verlag. Stuttgart, 1938.

Broszura 39 str. napisana przez kierownika stacji odżywiania przy klinice chirurgicznej w Monachium. Praca oparta jest na spostrzeżeniach i doświadczeniach przeprowadzonych u chorych z gruźlicą kości i stawów, u których stosowano system odżywiania sposobem „Sauerbruch-Hermansdorf-Gerson" (dieta obfitująca w dużą ilość białka i tłuszczu oraz witaminy A i D a ograniczona pod względem węglowodanów, soli i płynów). Autor przytacza około 30 historii chorób różnych postaci „gruźlicy chirurgicznej" podkreślając, że we wszystkich przypadkach uzyskiwano bezwzględnie polepszenie stanu chorych, polegające na szybszym ograniczaniu i gojeniu się ognisk gruźliczych.

Przy stosowaniu zasadniczych sposobów leczniczych w gruźlicy chirurgicznej równoczesne odżywianie sposobem S.-H.-G. wpływa szybciej i pewniej na poprawę stanu chorych, aniżeli bez stosowania tego rodzaju odżywiania.

Zwolennicy metody S.-H.-G. znajdą w tej pracy szczegółowe dane, dotyczące doboru i układu różnych potraw według przepisów tej metody.

J. Wolf (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

W sprawie wykazania hemolitycznego paciorkowca w płonicy. A. DOHMEN. Klin. Woch. Nr 4. 1938.

Częstość wykrywania hemolitycznych paciorkowców w płonicy przez różnych badaczy jest różna i gdy szereg badających znajduje je w 100%, to inni znajdują je rzadziej. Sam autor przekonał się o tym, pracując w Zakładzie Higieny w Rostock, że nie we wszystkich przypadkach udawało się wykazać tego zarazka. Natomiast w klinice, w której treść pobrana na waciku z błony śluzowej gardła była zaraz badana, wykazywał tego paciorkowca znacznie częściej. Należało przypuszczać, że zarazki w materiale pobranym zaraz nieszczepione na pożywkach giną, aczkolwiek Schottmüller wykazał, że paciorkowce na wacikach i nitkach jedwabnych nawet przez kilka miesięcy zachowują swą żywotność. Otóż autor pobierał wacikiem treść z gardła chorych i szczepił ją na pożywkach zaraz, w 6 i 24 godzin po jej pobraniu i badał wynik szczepienia po 24 godzinach. Przekonał się wtedy, że przy szczepieniu natychmiastowym miał w 100% wynik dodatni, przy szczepieniu po 6 godzinach w 91%, a po 24 godzinach tylko 64%. Te wyniki są następstwem wysychania treści na waciku i uszkodzenia zarazków. Różnica przerastania na pożywce innych zarazków w miarę późniejszego szczepienia ma tu znaczenie. Obecność tego paciorkowca przy obecności innych zmian i objawów płoniczych przemawia za tą chorobą. Autor zwraca też uwagę na konieczność badania treści migdałków na paciorkowce u ozdrowieńców, co może mieć znaczenie dla zmniejszenia się przypadków płonicy.

W. Nowicki (Lwów).

Cytologiczne rakowe odczyny Freund-Kaminer a przysadka mózgowa. B. LUSTIG i H. WACHTEL. Klin. Woch. Nr 5, 1938.

Wiadomo, że Freund i jego współpracowniczka Kaminer wykazali, że prawidłowa surowica krwi działa rozpuszczająco na komórki rakowe, zaś surowica krwi osób rakowych tych komórek nie rozpuszcza, dodanie do niej surowicy normalnej również podtrzymuje własność nierozpuszczania komórek rakowych. Autorowie w swych badaniach stwierdzili, że wyciąg z przedniego płata przysadki dodany do surowicy normalnej powstrzymuje rozpuszczanie przez nią komórek rakowych, tej właściwości nie posiada wyciąg z tylnego płata przysadki. Natomiast dodanie wyciągu tylnego płata przysadki do surowicy rakowej znosi jej własność nierozpuszczania komórek rakowych. Z tego pokazuje się, że wyciągi z przedniego i tylnego płata przysadki działają przeciwniczo. Dalsze badania są w toku.

W. Nowicki (Lwów).

Alergia skóry na tle protezy. J. R. DREYFUS. Klin. Woch. Nr 6. 1938.

Leczenie schorzeń kikuta amputacyjnego stanowi niejednokrotnie dla lekarza ciężką próbę cierpliwości, niemniej także dla samego chorego. Schorzenia te są zwykle w związku z naciskiem, ocieraniem, zastojem w obrębie kikuta lub także w związku z ogólną chorobą danej osoby. Autor podaje historię 42-letniego mężczyzny, u którego wykonano odcięcie podudzia, z powodu złamania jego kości. Otóż u chorego tego, noszącego protezę, wystąpiły po kilku latach nieznośne swędzenia, zaczerwienienie skóry, obejmujące także udo i worek mosznowy, żółte strupki itp. Leczenie maściami dawało czasowe poprawy. Ostatecznie badanie tego przypadku doprowadziło do wniosku, że zachodzi tu wybitna alergia, w której znaczenie antygenu (alergenu) miała skóra protezy i to, jak odpowiednie doświadczenia wykazały, nie skóra świeża, ale już jakiś czas używana, przepojona potem, zmacerowanym naskórkiem itp. W świetle tego przypadku autor uważa, że przed sporządzeniem kosztownej protezy powinno się przeprowadzić z daną osobą odpowiednie doświadczenie, polegające na przykładaniu co pewien czas (do 14 dni) kawałka danej skóry na miejsca, szczególnie się pocące i dopiero po przekonaniu się, że po jego zastosowaniu nie powstają zmiany w skórze, pozwolić na wykonanie protezy. *W. Nowicki* (Lwów).

Niedokrewność złośliwa i rak żołądka. F. MEYTHALER i H. PETRICK. Klin. Woch. Nr 6. 1938.

W piśmiennictwie wielokrotnie powtarzają się doniesienia o równoczesnym stwierdzeniu złośliwej niedokrewności i raka żołądka. Wiele z tych przypadków, krytycznie biorąc, nie jest złośliwą niedokrewnością, a obraz krwi przemawia raczej za niedokrewnością, powstałą w następstwie raka żołądka. Nierzadko też chodzi o niedokrewność, podobną do niedokrewności złośliwej. Z drugiej strony istnieją niewątpliwie przypadki złośliwej niedokrewności, trwającej lata i miesiące, w których następnie powstaje rak żołądka. Autor przytacza też odpowiednie przypadki z piśmiennictwa, a następnie własny przypadek, w którym ta niedokrewność istniała 3 lata i w którym pojawił się rak żołądka. Pojawienie się tej niedokrewności i raka żołądka, szczególnie, jak autor podnosi, w ostatnich czasach zwraca uwagę na czynnik przyczynowy obu stanów chorobowych. Wskazuje się też na achylię, jako czynnik, mający znaczenie dla obu spraw. W badaniach zmian żołądka w złośliwej niedokrewności stwierdza się przewlekłe jego zapalenie z zanikiem części gruczołowej i równoczesnym bujaniem tkanki podścieliskowej, przy czym głęboko stwierdza się pewne pomnożenie i rozwidlenie się gruczołów, w związku z czym mogą powstawać heterotopowe bujania nabłonka , które, jak to Lubarsch podnosi, mogą przechodzić w bujanie rakowe. Katsch i Velde zwracają uwagę w ostatnich czasach na obecność polipów błony śluzowej żołądka w przypadkach niedokrewności Biermera i że polipy te w związku z przewlekłym zapaleniem żołądka mogą stanowić twory przedrakowe. Niektórzy (Bauer i Aschner) przyjmują istnienie pewnego dziedzicznego podłoża nowotworowego obok konstytucjonalnej mniejszej wartościowości żołądka. Podnoszą też rodzinne pojawienia się złośliwej niedokrewności.

W. Nowicki (Lwów).

W sprawie apopleksji nadnerczy. H. SCHONBERG. Klin. Woch. Nr 6. 1938.

Liczba publikacyj, zajmujących się krwotokami w nadnerczach jest wcale znaczna, autorka podaje jednak jeszcze pewne własne spostrzeżenia. Przyczyny krwotoków w nadnerczach przede wszystkim w istocie rdzennej, ale zajmujących także korę, są różne. Spostrzega się je szczególnie często w przedwczesnych porodach, rzadziej już w porodach donoszonych, w porodach powikłanych, np. w przypadkach nieprawidłowego położenia, wybitnego duszenia się, stosowania wahań Schultzego, w których chodzi zwykle o obrażenia mechaniczne. U dorosłych przyczyny i pochodzenie tych krwotoków są nader różne, a więc uszkodzenia zakaźno-toksyczne z małymi wybroczynami, nacieczenie krwawe bez uszkodzenia miąższu, krwotoki niszczące tkankę narządu i wreszcie rozległe wylewy, zajmujące niemal całe nadnercze. W drugiej grupie przyczyn mieszczą się zakrzepy naczyń włosowatych w chorobach zakaźnych, zwykle obustronne, mieszane zakrzepy żył istoty rdzennej i żyły ośrodkowej, zatorowe zmiany, wreszcie zatory większych tętnic. Autorka podaje szereg liczb z 1000 sekcyj, począwszy od przedwcześnie urodzonych, aż do 14 roku życia i w materiale tym było 35 przypadków, tj. 3.5% krwotoków nadnerczowych, z czego przypada 28 na przypadki do 1 roku życia. Na 113 przedwcześnie urodzonych przypadło 13 apopleksyj nadnerczy, na 11 donoszonych płodów z urazami porodowymi było 7 apopleksyj nadnerczy.

Co się tyczy przebiegu klinicznego, to ciężki ogólny stan toksyczny zwykle pokrywał powstanie ostrych objawów choroby Addisona. Autorka widziała jednak u płodów przedwcześnie urodzonych i u dzieci do 1 roku życia bardzo nieznaczną pigmentację skóry. Nieznaczne krwawienia w nadnerczu przebiegają bezobjawowo. *W. Nowicki* (Lwów).

Klinika zakrzepicy i zatoru. H. STORZ. Klin. Woch. Nr 8. 1938.

W powstawaniu zakrzepów należy odróżniać zakrzepy pochodzenia zapalnego i czyste zakrzepy narastające, stanowiące niebezpieczeństwo powstania nagłego zatoru tętnicy płucnej. Odróżnienie pierwszego od drugiego nie przedstawia trudności, gdyż w zakrzepie zapalnego pochodzenia, dotyczącego najczęściej powierzchownych żył skórnych, stwierdza się bez trudności bolesność, obrzęki w następstwie przekrwienia zapalnego i podwyższoną ciepłotę. Taki zakrzep rzadko się też odrywa w całości i zajmuje zwykle mniejsze przestrzenie. Przeciwnie zakrzep czysty, bardzo często nie da się go wykazać, dochodzi niekiedy do znacznej długości, bo nawet do kilkudziesięciu centymetrów, łatwo się może oderwać i ma poważne znaczenie, jako zator tętnicy płucnej. Jako objawy zakrzepu kończyny dolnej podają ból w podeszwie, samorodny lub za naciskiem występujący ból nad kością piętową i dla zakrzepów miedniczych niekiedy nagłe bóle w bocznych okolicach brzucha, w pachwinie i ból hemoroidalny. W zakrzepach pooperacyjnych podniesienie się liczby tętna, a niekiedy stan podgorączkowy. Są to jednak objawy niecharakterystyczne. Groźnym powikłaniem jest zator tętnicy płucnej. Zator pnia tętnicy, powstały przez oderwanie się zakrzepu czystego, powstaje po operacji zwykle w 7—21 dni, szczególnie jednak w drugim tygodniu. Śmierć w przypadkach takiego zatoru powstaje nie tylko wskutek mechanicznego zam-

knięcia tętnicy płucnej, lecz także wskutek odruchu z nerwu błędnego przez skurcz tętnic wieńcowych serca, z następowym uszkodzeniem ośrodków serca; jest więc także nie tylko śmierć płucna, lecz także sercowa. Znany jest ogólnie fakt ogromnego przyrostu liczbowego zatoru tętnicy płucnej, wynoszącego 5—10 wielokrotności tych przypadków w dobie przedwojennej. Liczba przypadków tych zatorów w statystyce ginekologicznej (Heubner i Rotter) w stosunku do liczby operacyj wynosi 0.38%, w stosunku do przypadków śmierci 6—8% (Kühn).

W. Nowicki (Lwów).

W sprawie etiologii agranulocytozy. C. BRESGEN. Klin. Woch. Nr 8. 1938.

W ostatnich latach podnosi się przyczynowy związek agranulocytozy z leczeniem piramidonem. Nie tylko sam piramidon, lecz także inne leki. zawierające pyrazolonowy lub barbiturowy kwas, zdaniem niektórych, mogą być przyczyną tego schorzenia. Spostrzegano też w niektórych przypadkach agranulocytozy, leczonej lekami amidopirynowymi, już wyleczonych po doświadczalnym podawaniu ostrożnym leku, spadek leukocytów ze zmniejszeniem się lub znikaniem granulocytów. Ostatnio opisane dwa przypadki agranulocytozy, w których przypisywano powstanie jej połączeniu Prontosilu. Otóż autor opisuje przypadek, dotyczący kobiety, lat 55, gorączkującej, u której z powodu zapalenia pęcherza moczowego na tle lasecznika okrężnicy trzykrotnie podano dożylnie po 10 cm³ Prontosilu, a następnie w dwa tygodnie później z powodu zaostrzenia się sprawy podawano doustnie i śródmięśniowo Prontosil flavum i to z kilkutygodniowymi przerwami. U chorej tej wystąpiły charakterystyczne zmiany i objawy agranulocytozy. Chora zmarła. Możliwe, że u tej chorej już przedtem jakiś czynnik uszkodził aparat hematopoetyczny, a podawanie przez dłuższy czas Prontosilu mogło mieć ostatecznie przyczynowe znaczenie. Należy więc podnieść, że przy długim podawaniu (miesiące i tygodnie) Prontosilu nawet w małych dawkach, wyjątkowo może zajść omawiane schorzenie. Autor w końcu zwraca uwagę na podawanie wielkich dawek Prontosilu i przez czas krótki pod ścisłą kontrolą obrazu krwi. *W. Nowicki* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Wpływ żółtaczki na przebieg przewlekłych schorzeń stawowych. F. S. HENCH. Arch. of Int. Med. 61. 451. 1938.

Dnia 1 kwietnia 1929 r. zgłosił się do Kliniki Mayo chory, który cierpiał od czterech lat na przewlekły gościec stawowy i podał, że dnia 24 marca, nagle, z przyczyn jemu nieznanych, wystąpiła na jego ciele żółtaczka, a w dzień później równie nagle i niespodziewanie ustąpiły zupełnie bóle stawowe, które dokuczały mu poprzednio. Chory, u którego badanie lekarskie w dniu przyjęcia nie było w stanie stwierdzić najmniejszej tkliwości stawów, pozostał odtąd pod stałą kontrolą lekarską. Bóle, a wraz z nimi obrzęki poczęły wracać zwolna dopiero w pół roku po przebytej żółtaczce.

Podobnych wypadków zanotowano później więcej (Hench 1933—1936; Sidel i Abrams 1934; Borman 1936; Thompson i Wyatt 1938). Hench opisuje 45 przypadków, w których po wystąpieniu żółtaczki dynamicznego pochodzenia (żółtaczka kataralna, żółtaczka po zatruciu cinchofenem, nowotwór wątroby) ustąpiły bóle i cofnęły się objawy chorobowe. Z przypadków tych było: 28 przyp. przewlekłego gośćca stawowego z zanikami, 12 przyp. *fibrositis*, 4 przyp. bólów lumbosakralnych.

Czynnik, który pojawia się wraz z żółtaczką i działa znieczulająco na stawy nie jest dotychczas znany, szereg danych przemawia jednak za tym, że jest to substancja chemiczna, wydzielana przez wątrobę. Doświadczenia Thompsona i Wyatta (*Arch. of Int. Med.* 61. 481. 1938) wskazują na to. że ani sama bilirubina, ani też same żółciany nie mają działania znieczulającego na stawy. Nieznaczny wynik udało się uzyskać przez stosowanie kombinacji różnych żółcianów i bilirubiny, nie jest jednak wykluczone, że i ten nieznaczny wynik pochodził od nieznanej substancji, znajdującej się jako domieszka w stosowanych preparatach. Próby wydzielenia działającego na stawy czynnika z wyciągów wątrobowych są w toku.

T. Mann (Cambridge).

„Syndrom Laurence-Moon-Biedl". J. MARMOR i R. LAMBERT. Arch. of Int. Med. 61. 523. 1938.

Na syndrom Laurence-Moon-Biedl składa się sześć kardynalnych cech: 1) *obesitas*, 2) *dystrophia genitalis*, 3) *retinitis pigmentosa*, 4) *polydactylia*, 5) niedorozwój umysłowy, 6) rodzinne występowanie. Do cech mniej stałych i typowych należą: głuchota, *nystagmus*, *atresia ani*, *genu valgum*, *pes planus*. Syndrom opisany został po raz pierwszy przez Laurence'a i Moon'a w r. 1866. Wyczerpujące studia poświęcili mu Bardet (1920) i Biedl (1922).

Autorowie podają opis 2 nowych przypadków. Streszczają dotychczasowe poglądy na patogenezę syndromu i omawiają różne metody lecznicze, wszystkie zazwyczaj bezskuteczne (leczenie hormonami i witaminami, sympatektomia i i.). *Retinitis pigmentosa* uważają za anomalię wrodzoną, spowodowaną przez odziedziczony czynnik chromozomowy.

T. Mann (Cambridge).

Ilość kwasu askorbinowego w gośćcu. J. F. RINEHART i współpracownicy. Arch. of Int. Med. 61. 537. 1938.

Poziom kwasu askorbinowego we krwi (oznaczany metodą miareczkową przy użyciu 2,6-dichlorofenolindofenolu) jest obniżony w przypadkach gośćcowych zapaleń stawowych i podnosi się bardzo powoli po podaniu kwasu askorbinowego. Według autorów wskazuje to na to, że niedobór witaminy C jest ważnym czynnikiem etiologicznym w gośćcu. *T. Mann* (Cambridge).

Niedomoga nerek po przetoczeniu krwi. E. DE GOWIN, E. WARNER i W. RANDALL. Arch. of Int. Med. 61. 609, 1938.

Niedomoga nerek po przetoczeniu krwi jest podobna do tej, jaka występuje w przypadkach hemoglobinurii, wywołanej chininą i *„blackwater fever"*, a zablokowanie kanalików nerkowych zmienioną chemicznie hemoglobiną jest bezpośrednią przyczyną niedomogi. W przypadkach niedomogi nerek, wywołanej doświadczalnie u psów przez przetaczanie krwi stwierdzili autorowie, że niedomoga rozwija się tylko wtedy, gdy oddziaływanie moczu jest kwaśne. Jeżeli dba się o to, aby oddziaływanie moczu było zasadowe (za pomocą diety), to nie dochodzi do niedomogi.

T. Mann (Cambridge).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Pierwsze próby leczenia bólów sutków w okresie przedmiesiączkowym wyciągiem z jąder. X. BENDER. Soc. Fr. de Gyn. Nr 7. 1937.

Bóle i obrzęk sutków zależne są, zdaniem Turpault'a od czynności jajników: a więc bóle występujące między 12 a 8 dniem przed miesiączką zależne są od nadmiaru wydzielanej folikuliny, między 8—3 dniem — od nadmiaru ciałka żółtego lub braku folikuliny. Bóle w ciągu 3—4 dni poprzedzających miesiączkę do chwili wystąpienia krwawienia zależne są od nowego napływu folikuliny w związku z czynnością przysadki. Autor stosował w 12 przypadkach wyciąg z jąder. Dobre wyniki otrzymał w przypadkach, w których bóle występowały między 12 a 8 dniem i na 3—4 dni przed miesiączką. Leczenie odbywało się na parę dni przed spodziewanym bólem, w ilości 5 mg, w zastrzykach co drugi dzień. Leczenie zawiodło w przypadkach bólów występujących między 8—3 dniem przed miesiączką. W tych przypadkach należy podawać folikulinę.

H. Newlińska (Lwów).

Przeszczepienie pałeczek Döderleina na sztucznie wytworzoną pochwę. IVAN GYÖRFFY. Zentralbl. f. Gyn. Nr 34. 1938.

Autor robił próby wytworzenia w sztucznej pochwie warunków biologicznych samooczyszczania. W dwóch przypadkach wytworzenia z odbytnicy pochwy metodą Schuberta wystąpiła obfita żółta wydzielina o reakcji alkalicznej. Obraz mikroskopowy wydzieliny odpowiadał przypadkom, w których samooczyszczanie pochwy jest niedostateczne z powodu braku pałeczek Döderleina. Glikogen wykazano w ilości poniżej normy. Do światła pochwy wstrzyknięto 1 cm³ zawiesiny czystej kultury pałeczek Döderleina w roztworze izotonicznym soli kuchennej, dodając równocześnie 1 cm³ 10% roztworu dekstrozy. Próby te ponawiano trzykrotnie w odstępach dwóch dni. W obu przypadkach ilość wydzieliny znacznie się zmniejszyła, mikroskopowo wykazuje się komórki nabłonkowe z przewagą pałeczek Döderleina. Leukocytów brak. Co drugi dzień przepłukiwano pochwę 2% roztworem dekstrozy. Badanie przeprowadzone w 4 miesiące po ostatnim leczeniu nie wykazało pogorszenia sprawy.

A. Żółciński (Lwów).

Stosowanie accouschement forcé według Delmasa w przypadkach łożyska przodującego. C. HÖLTERMANN. Zbl. f. Gyn. Nr 34. 1938.

W przypadkach łożyska przodującego, które nie nadają się do rozwiązania drogą brzuszną ze względu na matkę, stosuje autor *accouschment forcé* w formie podanej przez Delmasa. W znieczuleniu lędźwiowym ręcznie rozszerza kanał szyi aż do zupełnego rozwarcia, a następnie kończy poród przy pomocy obrotu, ekstrakcji, kleszczy. Zwłaszcza w przypadkach łożyska

przodującego, gdzie kanał szyi jest miękki i podatny, rozciągnięcie go nie nastręcza większej trudności. Jako przeciwwskazanie do zabiegu uważa autor te przypadki, które stanowią przeciwwskazanie do anestezji lędźwiowej, następnie niestosunek porodowy, niepodatność ujścia, blizny mięśnia macicy po cięciu. Metodę stosowaną uważa autor za bezkrwawą, a operując w przypadkach niekorzystnych unika zakażenia jamy brzusznej.

A. Żółciński (Lwów).

Zabiegi na zębach ze zgorzelinową miazgą. KIECAN. Československa Stomatologia. Nr 7. 1937.

Doc. dr Kiecan uważa, że usuwanie każdego zęba ze zgorzelą z obawy, aby nie był punktem wyjścia dla zakażenia ogniskowego, wykracza poza zabiegi celowe. Niewątpliwie trudności przy leczeniu zgorzelinowych zębów stwarza przepojenie korzenia zębowego i jego bezpośredniego otoczenia materiałem zakażonym. Zdaniem Kiecana, zależy dobry wynik leczenia zachowawczego od usunięcia wszelkiego zakażonego, drażniącego materiału z przewodu zębowego.

Zagadnienie, czy ząb zgorzelinowy po wyleczeniu pozostawić, czy też bezwzględnie każdy ząb zgorzelinowy usunąć, rozstrzyga następująco:

Czynnościowo i estetycznie bezwartościowe zęby zgorzelinowe usuwa. Dalej należy usunąć zęby, które są przyczyną ciężkich miejscowych procesów zapalnych lub też wielkich przewlekłych spraw zapalnych, operatywnie niedostępnych, albo zębów zgorzelinowych niewykształconych. Dalej usuwa zęby mądrości i te zęby trzonowe, których kanały są niedostępne nawet wówczas, kiedy nie ma niebezpieczeństwa zakażenia miejscowego.

Przy sprzyjających warunkach anatomicznych przy zębach trzonowych, siecznych, kłach i przedtrzonowych, należy zawsze spróbować leczenia zachowawczego. Postępowanie lecznicze polega na usunięciu z przewodów materiału zakażonego i zaopatrzeniu szczytowych rozgałęzień przez środki, które nie drażnią tkanki okołoszczytowej. Autor nie używa żadnych środków ostrych dezynfekujących, posługując się jedynie elektrosterylizacją, jonoforezą i diatermią. Wyjałowiony przewód zębowy zamyka obojętnym nie drażniącym materiałem np. gutaperką albo cementem.

T. Owiński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

XLI Zebranie z dnia 11 czerwca 1937 roku

Prezes kol. Kapuściński zagaja Walne Zebranie Wydziału Lekarskiego i stwierdza, że na zebraniu obecnych jest tylko 25 członków Wydziału, co, wobec ogólnej liczby członków miejscowych 163 i zamiejscowych 76, razem 239, jest liczbą znikomą. Wobec ważności przedmiotu obrad proponuje prezes przesunięcie terminu Walnego Zebrania na jedno z pierwszych posiedzeń naukowych w okresie jesiennym z zaznaczeniem, że Walne Zebranie w tym terminie odbędzie się bez względu na liczbę członków uczestniczących w zebraniu. Za wnioskiem wypowiadają się po krótkiej dyskusji wszyscy obecni na zebraniu.

Prezes kol. Kapuściński oddaje głos kol. Brodniewiczowi dla wygłoszenia wykładu pt.: *„O chorobie morskiej"*.

Dzięki typowemu dla każdego pojazdu mechanicznego zespołowi ruchów, stwarzają wszystkie środki lokomocyjne ściśle charakterystyczne zaburzenia podobne do choroby morskiej, która jest klasyczną przedstawicielką kinetoz czyli chorób lokomocyjnych.

Choroba morska zostaje wywołana ruchami kołyszącymi statku, które powodują zaburzenia w obwodowych narządach, regulujących równowagę ciała. Główna rola przypada błędnikowi, mniejsza wzrokowi, węchowi i zmysłowi kinetycznemu, których podrażnienie wyzwala odruchowo zespół objawów zwanych powszechnie chorobą morską.

Tłumaczenie mechanizmu powstania i dokładne umiejscowienie choroby morskiej nie jest jeszcze jednolite i znajduje swój wyraz w licznych teoriach, z których najwięcej aktualne są: teoria kanałów półkolistych, otolitów, optyczna, endokrynologiczna, mechaniczna i psychiczna.

Obecnie stosuje się w lecznictwie tych zaburzeń głównie mieszanki leków, jak atropiny i jej podobnych, skopolaminy, hyoscyaminy, chloretonu i innych, które okazują się najwięcej skutecznymi.

(Wykład ukazał się w „Nowinach Lekarskich". Zesz. 12. Roczn. 49. Str. 377).

Rozprawa:

Kol. Hryniewiecki (członek Wydziału), zwraca uwagę, że przy leczeniu choroby morskiej niesłychanie ważnym jest zwalczanie nastawienia psychicznego pasażerów okrętowych, oczekujących ze strachem tej choroby przy większym kołysaniu statku.

Opowiada o spostrzeżeniach własnych podczas podróży morskich, kiedy to często zwalczał morską chorobę, zalecając chorym gry ruchowe na pokładzie statku lub taniec.

Dobrze działa hamak zawieszony na środku statku, niwelujący ruchy statku.

Kol. Łabendziński (członek Wydziału) przytacza kilka własnych wspomnień na temat wrażliwości nawet starych marynarzy na chorobę morską w zmienionych warunkach podróżowania (holownik, łódź żaglowa) oraz na temat niekiedy łatwego zapobiegania przez zajęcie odpowiedniej do fali pozycji.

Kol. Hryniewiecki (członek Wydziału): W dalszej dyskusji przytacza podróż dalszą „Gdyni", statku przybrzeżnego. „Gdynia" płynęła w 1930 r. na Bornholm i podczas większej burzy nawet część załogi i starzy marynarze chorowali na chorobę morską. Dowodzi to, że marynarze przy zmianie statku, a więc i systemu kołysania się statku mogą chorować.

Kol. Stojałowski (członek Wydziału) zwraca uwagę, że wybitny udział układu nerwowego wegetatywnego w zespole zwanym chorobą morską, czego dowodem są takie objawy wagotonizmu, jak zwolnienie tętna, musi odbić się niewątpliwie na obrazie krwi w czasie trwania choroby. St. zapytuje się wobec tego referenta, czy piśmiennictwo tego przedmiotu donosi o takich badaniach i jaki jest ich wynik (eozynofilia?), choć wydaje się wątpliwym, czy dotąd te sprawy zostały uwzględnione.

Kol. Brodniewicz (członek Wydziału): Szczegółowych badań obrazu krwi w chorobie morskiej, a zwłaszcza badań dotyczących eozynofilii nie przeprowadzono dotąd zupełnie. Znaczenie mechanicznego podrażnienia nerwów trzewnych *(plexus coeliacus mesentericus superior et inferior)* przez ruchy kołyszące statku znalazło swoje opracowanie dość szczegółowe w teorii Cordela. Podrażnienie to dochodzi do skutku przez pociąganie lub ucisk narządów jamy brzusznej albo klatki piersiowej na nerwy lub sploty nerwowe. Zawieszenie pewnych narządów na więzadłach lub pniach naczyniowych (serce) umożliwia im pewną ruchomość, dzięki której przy kołysaniu statku zostaje im udzielona pewna energia kinetyczna, która przez ucisk lub pociąganie więzadeł albo przepony podrażnia przebiegające w nich nerwy i wywołuje odruchowo powstanie zespołu objawów choroby morskiej.

Uwagi kol. Hryniewieckiego o korzystnym wpływie uprawiania gier na okręcie, zajmującej lektury lub rozmowy, odwracających uwagę podróżnych w innym zupełnie kierunku są całkowicie słuszne. Niejednokrotnie część personelu obsługi okrętowej w chwilach wolnych od zajęć ulega chorobie morskiej, natomiast podczas służby w gorszych warunkach atmosferycznych dzielnie stawia czoło chorobie morskiej, bo poczucie obowiązku pozwala im skutecznie siłą woli opanować pierwsze objawy. Podczas awarii okrętowych lub niebezpieczeństwa pożaru, zatonięcia itp., również na wojnie objawy choroby morskiej szybko ustępują.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Protokół posiedzenia lekarzy szkół warszawskich w dniu 16. XII. 1937 roku

Przewodniczący wizytator dr Cz. Wroczyński zawiadamia o kursie dla lekarzy z zakresu eugeniki i poradnictwa przedślubnego, który ma się wkrótce odbyć.

Dr Rarschpichler zgłasza sprawę cofnięcia zniżek kolejowych tym nielicznym lekarzom szkolnym, którzy takie zniżki dotychczas mieli; w myśl zarządzenia Ministerstwa Komunikacji zniżki te mają przysługiwać tylko tym lekarzom szkolnym, którzy uczą higieny co najmniej 14 godzin tygodniowo.

Następnie wygłasza referat dr J. B. Kamiński: *„Lekarska kartoteka ucznia"*.

Wyrazem troski lekarza szkolnego o młodzież, jako przyszłość narodu jest nie tylko powszednia praca ambulatoryjna lub pedagogiczna w szkole, lecz przede wszystkim protokół badania w karcie zdrowia ucznia jako punkt wyjścia do rozważań i postępowania z młodzieżą powierzoną jego opiece lekarskiej.

Karta zdrowia jest również poważnym czynnikiem społecznym i pedagogicznym. Aby mogła spełniać swą rolę lekarsko-eugeniczną powinna być więcej, niż dotąd, udostępniona rodzicom ucznia (opiece domowej).

W tym celu referent proponuje wprowadzenie kartoteki lekarskiej dla każdego ucznia.

Technika prowadzenia takich kartotek nie nastręcza żadnych trudności, pokrywa się najzupełniej z obecnymi czynnościami lekarza szkolnego wg obowiązujących instrukcyj.

Lekarską kartotekę ucznia stanowi teczka tekturowa, 4-stronicowa.

Na okładkach teczki, które stanowią jednocześnie cztery strony zasadniczej kartoteki będą wydrukowane stałe, numerowane kolejno pozycje standaryzowane, obejmujące personalia ucznia, dotyczące dziedziczności, dane socjologiczne i dane lekarskie (wywiady oraz stan obecny) o uczniu zanotowane przy pierwszym dokładnym badaniu ucznia przez lekarza szkolnego.

W teczce znajdować się powinny wymienione na czwartej stronicy (okładki) załączniki, obejmujące wszystkie ważniejsze dane lekarskie i psychologiczne o uczniu, patologiczne i fizjologiczne, notowane stale przez cały czas pobytu w szkole na dotychczasowej karcie zdrowia.

Karta zdrowia pozostanie centralnym punktem lekarskiej kartoteki, która będzie stanowiła jakby archiwum ucznia.

Kartoteka lekarska ucznia ma obejmować wiek dziecięcy, wiek pacholęcy, wiek młodzieńczy aż do chwili, gdy pobór, uniwersytet lub medycyna społeczna jako ubezpieczalnia, miejska pomoc lekarska, pomoc lekarska urzędnikom państwowym nie wciągną go w swoje rejestry.

W dyskusji zaznaczono, że pracy lekarza szkolnego nie należy biurokratyzować, jak również narzucać mu dodatkowych prac w związku z kartoteką, zwłaszcza obecnie, przy bardzo skąpym wymiarze czasu, podkreślano jednak konieczność reformy karty zdrowia.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie

Protokół nadzwyczajnego posiedzenia naukowego z dnia 29 stycznia 1938 roku

Przewodniczył prof. dr Lewkowicz

Dnia 29 stycznia 1938 r. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie naukowe, na którym prof. dr Debré z Uniwersytetu Paryskiego wygłosił w języku francuskim odczyt pt.: „*Le début de la tuberculose chez l'enfant*".

Prezes: *Prof. dr Ksawery Lewkowicz*
Sekretarz: *Dr Tadeusz Nowak.*

Protokół zwyczajnego naukowego zebrania z dnia 9 lutego 1938 roku

Przewodniczył prof. dr Gieszczykiewicz

Prof. dr Ksawery Lewkowicz wygłosił odczyt pt.: „*O gruźlicach zapalnych*", połączony z projekcjami i pokazem preparatów histologicznych rumienia guzowatego. (Odczyt ukazał się w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji zabrali głos:

Prof. dr Walter stanął na stanowisku, że w wieku dojrzałym rumień guzowaty jest tylko zespołem, wywoływanym przez różne czynniki etiologiczne. Z tych należy wymienić uorganizowane, jak np. gościec, prątki wrzodu miękkiego, prątki trądu, kiłę oraz nieuorganizowane, jak rtęć, jod, antypirynę. Pewna tylko część przypadków rumienia w wieku dojrzałym jest przyrody gruźliczej. Natomiast w wieku dziecięcym, jak to wynika ze spostrzeżeń pediatrów, rumień guzowaty jest pochodzenia gruźliczego. Przedstawiona praca prof. Lewkowicza oraz histologiczne preparaty potwierdzają to niewątpliwie.

Prof. Walter zwraca uwagę, że nie można się kierować zmianami histologicznymi w schorzeniach skórnych, gdyż zmiany te bywają niekiedy w różnych schorzeniach jednakowe, nie zawsze nawet typowa gruźlica wywołuje typową zmianę drobnowidową, a więc gruzełek, i odwrotnie, sprawa niegruźlicza może spowodować powstanie gruzełkowej budowy utkania ziarniny. Zwraca również uwagę na trudności oceny wrażliwości skóry na tuberkulinę. Pod tym względem należy być bardzo ostrożnym, gdyż skóra ma ograniczoną rozpiętość oddziaływania przy jednoczesnej dużej liczbie przyczyn. Na różne bodźce skóra może oddziaływać jednakowo, a sprawę tę należy tłumaczyć często paralergią, to jest zjawiskiem polegającym na uczuleniu skóry przez jedno ciało na działanie drugiego, od pierwszego zupełnie różnego, a wywołującego jednakże te same objawy w skórze, jakie powstają pod działaniem tego pierwszego ciała. Jak w tuberkulidach początkowo nie znachodzono prątków i uważano je za tuberkulotoksyczne, tak też i w rumieniu dopatrywano się działania toksyn, oczywiście tylko do tej chwili, gdy się udało wykazać prątki w zmianach.

Kol. doc. Kowalczykowa, nawiązując do rozważań nad gruźliczą przyrodą gośćca, podkreśla, że ze względu na ograniczony zakres odczynów histologicznych, jakimi ustrój odpowiada na bodźce chorobotwórcze, rozmaite czynniki szkodliwe, jak różne bakterie, pozajelitowe wprowadzenie białka itp. mogą dać identyczny obraz morfologiczny zmian gośćcowych, jak to zresztą wielokrotnie zostało potwierdzone w doświadczeniach na zwierzęciu. Niemniej jednak pewne fakty przemawiają za tym, że tło ludzkiego gośćca jest najczęściej gruźlicze. Mianowicie przy odpowiednio opanowanej technice, n. b. trudnej, udaje się coraz częściej wyhodowanie prątków gruźliczych z krwi bieżącej chorych gośćcowych, zwłaszcza jeśli krew do badania pobrano w odpowiednim okresie nasilenia się objawów chorobowych (okres wysiania się prątków do krwi) (Coronini). Po wtóre istnieją pewne podobieństwa morfologiczne i histogenetyczne pomiędzy gruzełkiem a guzkiem gośćcowym.

Dr Landau podnosi, że trudno jest przyjąć gruźliczą etiologię gośćca, albowiem przeciwko temu przemawia częste rozpoczęcie się gośćca anginą, którą gruźlica się nie rozpoczyna, po drugie tak częste zajęcie serca w gośćcu, co jest rzadkim w gruźlicy i wreszcie leczenie salicylem, które przeważnie w gośćcu daje dobre wyniki, podczas gdy w gruźlicy jest bez wpływu. Jeśli się przyjmuje dla gośćca tło gruźlicze, to tym samym musi się je przyjąć i dla pląsawicy.

Kol. prof. Miodoński zwraca uwagę na to, jak trudno jest polegać na histologicznej budowie; znane są bowiem tzw. guzki rzekomo gruźlicze, które stwierdzono w trzecim migdałku. Przy niewątpliwie gruzełkowej budowie tych guzków nie stwierdzano w nich nigdy prątków Kocha. Okazało się, że wszelkie ciała, dostające się do migdałka trzeciego mogą wywołać powstanie tworów gruzełkowych.

Kol. dr Rosenhauch podnosi, że w zmianach pryszczykowego zapalenia spojówek nie stwierdzono prątków, a doświadczalnie można było wywołać to zapalenie innymi zarazkami u zwierząt tuberkulinizowanych. Również u niegruźliczych świnek można było czystą tuberkuliną wywołać pryszczyki.

Prof. dr Gieszczykiewicz podniósł, że w okresie przedgorączkowym w różnych sprawach można wyhodować z krwi zarazki, to samo możliwe jest i w gruźliczej posocznicy, co potwierdzają badania Debré'go i Lewkowicza. Prof. Gieszczykiewicz przypomina sobie, że w czasie jego dawnych badań hodowli prątków z krwi po dodaniu odczynnika rozpuszczającego krwinki czerwone stwierdzał w preparatach robionych z pożywek twory kwasooporne, przypominające prątki, jednakże ich obecności nie potwierdziły badania biologiczne, na które kładzie szczególny nacisk, jako czynnik rozstrzygający. Istnieją zdaniem prof. Gieszczykiewicza różne możliwości powstawania ciał kwasoopornych, nie tylko na tle rozpadu prątków gruźliczych. Sprawa wymaga jednak dalszych badań, a dużą zasługą profesora Lewkowicza jest fakt zwrócenia na nią uwagi. Wyniki bowiem prac prof. Lewkowicza dają dużo wskazówek do dalszych badań tego zagadnienia.

Kol. dr Hirsch zapytuje się, czy i w klasycznych postaciach gruźlicy otrzymuje się, podobnie jak w rumieniu guzowatym, twory kwasooporne.

Kol. dr Pochopień podkreśla, że występowanie w trądzie i grzybicach podobnych zmian rumieniowych nie przemawia przeciw etiologii gruźliczej rumienia guzowatego, lecz raczej za tą etiologią, gdyż prątki trądu i grzybki są najbliżej spokrewnione z prątkiem gruźliczym.

Prof. Lewkowicz stwierdza, że jako pediatra widywał rumień guzowaty tylko na tle gruźliczym. Uważa za rzecz naturalną, że zarazki blisko z sobą spokrewnione mogą wywołać rumień guzowaty. Przy gośćcu powinniśmy się jeszcze liczyć z możliwością zakażeń mieszanych. Jeżeli w ogóle przyjmowano, że rumień jest tylko syndromem, to głównie dlatego, że w tej chorobie niekiedy odczyn tuberkulinowy bywa ujemny; jednak zjawisko to — jak przy gośćcu — można tłumaczyć istnieniem anergii dodatniej, polegającej na całkowitym, wskutek wysokiego uodpornienia, niszczeniu jadów gruźliczych. Powstawanie rumienia guzowatego po zatruciach lekami i pod wpływem pewnych zakażeń można tłumaczyć wywoływaniem rozsiewania się prątków u osobnika gruźliczego. Angina niekoniecznie musi być wyrazem wniknięcia zarazka gośćcowego, tylko już objawem posocznicy. W ten sposób pojawia się ona np. po szczepieniu ospą ochronną (spostrzeżenie Pochopienia itd.), poprzedza rumień guzowaty, gorączkę gruźliczą początkową itd. Rokitański mówił o antagonizmie między wadami serca a gruźlicą, jednak oczywiście znał on tylko gruźlicę III-rzędną. My zaś mówimy o gruźlicach zapalnych, które właśnie wszystkie stoją z gruźlicą III-rzędną w stosunku wyłączania się, gdyż istnieje w nich wysokie uodpornienie i uczulenie. Powstawanie pryszczy-

ków pod wpływem tuberkuliny jest możliwe, a to dlatego, ponieważ tuberkulina nie jest prawdziwym rozczynem, ale zawiera w stanie rozprószonym, rozbite na pył, ciała prątkowe. Mikroskopowe badania pryszczyków, w celu stwierdzenia szczegółów, jakie można widzieć w rumieniu, byłyby oczywiście bardzo pożądane.

Prezes: *Prof. dr Ksawery Lewkowicz*
Sekretarz: *Dr Tadeusz Nowak.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 1 czerwca 1937 roku

Kol. J. Rutkowski (czł. T-wa) *wygłosił referat pt.: „Pobieranie materiału do badania histologicznego za pomocą nakłucia. Nakłucie mostka w celach rozpoznawczych (sposób własny)".*

Autor posługuje się w przypadkach nowotworów kości nakłuciem grubą igłą, jako metodą pobierania materiału do badań histopatologicznych. Igłą taką, osadzoną na strzykawce, łatwo jest przebić blaszkę kostną i wwiercając igłę w głąb tkanki nowotworowej można uzyskać dostateczną ilość materiału do badania. W ten sam sposób uzyskiwał autor materiał do badania w niektórych przypadkach guzów miękkich, a nawet w raku płuca.

Do najważniejszych narządów krwiotwórczych należy szpik kostny. Wiadomo, że w dojrzałych organizmach pod względem tej czynności na pierwszym miejscu stoją kręgi, następnie mostek, potem żebra, wreszcie kość udowa i piszczel. W tej samej kolejności odpowiadają one na bodźce czynnościowe. Zmiany chorobowe szpiku powstają najczęściej i najwcześniej w mostku. Z tych względów dla celów rozpoznawczych nadaje się badanie szpiku mostka. Ten wzgląd a także stosunkowo duża dostępność mostka rozstrzygnęły o wyborze miejsca pobierania szpiku do badań.

Dawniej korzystano wyłącznie z materiału sekcyjnego. Zmiany pośmiertne, powstające szybko (już w 2 godziny po śmierci według Damashek'a), wpływały ujemnie na wynik badań. Korzystano niekiedy z materiału przygodnego operacyjnego lub w przypadkach powikłanego złamania, robiąc ze szpiku skrawki i rozmazy.

Włoscy autorzy Pianese (1903) i Gheldini (1908) pierwsi zaczęli pobierać szpik od ludzi żywych za pomocą nakłucia kości długich. Postęp techniki datuje się dopiero od r. 1923, kiedy Seyfarth wskazał na mostek, jako właściwe miejsce do pobierania szpiku do badań. Seyfarth w znieczuleniu miejscowym po nacięciu skóry i okostnej wiercił otwór w mostku, około 5 mm średnicy, i pobierał szpik do skrawków i rozmazów. Podobny sposób stosowałem w Szpitalu św. Ducha, używając do tego celu ostrej łyżeczki; Arinkin (1929) uprościł jeszcze bardziej zabieg, po prostu nakłuwając mostek robił on nakłucie prostopadle do rękojeści mostka za pomocą grubej igły, służącej do nakłucia lędźwiowego. Atrjeff (1931) wprowadził użycie przesuwacza, dającego się umocować w pożądanym miejscu i nie pozwalającego na zbyt głębokie przeniknięcie igły (śródpiersie!) podczas nakłucia. Według Schultena igła powinna mieć długość 2,5—5 cm, przekrój 1—2 mm i posiadać mandren; nakłucie należy robić na wysokości 2—3 międzyżebrza.

Autor jeszcze bardziej uprościł sposób nakłucia mostka i udostępnił dla każdego lekarza, mianowicie wykonuje on je nie prostopadle do przedniej płaszczyzny mostka, co nie daje pewności dojścia do odpowiedniej głębokości, lecz wkłuwa igłę z boku tuż przy brzegu mostka na wysokości 2. lub 3. międzyżebrza, wchodząc pomiędzy przednią i tylną blaszkę kości. Tętnica sutkowa wewnętrzna nie jest narażona na skaleczenie, gdyż biegnie ona w odległości 1 cm od brzegu mostka. Zabieg można wykonać w znieczuleniu zamrożeniem chlorkiem etylu. Do nakłucia należy używać krótkiej (5—6 cm) i grubej (do 2 mm) igły, najlepiej opatrzonej zatyczką. Po wkłuciu do jamy szpiku mandren usuwamy, wciągając strzykawką materiał do badania.

Rozprawy: Kol. Galinowski (czł. T-wa) (streszczenie własne).

Szpik kostny wytwarza krwinki czerwone, granulocyty i płytki; dzięki produkcji ciałek białych i swoistej budowie, o zrębie z komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, bierze on czynny udział w procesach zmagania się ustroju z zakażeniem i wpływami toksycznymi rozmaitego pochodzenia. Ogłoszenie przez Arinkina łatwej metody biopsji narządu, dotychczas mało dostępnego i badanego pośrednio, przede wszystkim przez stwierdzenie zachowania się składu komórkowego krwi obwodowej, spotkało się z oddźwiękiem na całym świecie, czego wyrazem są publikacje coraz częściej ogłaszane w ostatnich czasach w różnych językach. Ze względu na bezpieczeństwo i prostotę nakłucie mostka znacznie przeważa nad podobnymi sposobami w odniesieniu do innych narządów krwiotwórczych (śledziona, gruczoły chłonne, wątroba) polecanymi przez autorów francuskich. W klinice prof. dra Goreckiego stosujemy nakłucie mostka przeszło od roku, gromadząc do chwili obecnej około 100 wykonanych myelogramów. Technika naszego zabiegu jest inna, niż ta, którą poleca dr Rutkowski, najbliższa zaś tej, jaką stosują u prof. Tempki w Krakowie. Dotychczas, być może, zbyt jest wcześnie wypowiadać się o dorobku naukowym dostarczanym za pośrednictwem met. Arinkina i jej wartości klinicznej, niemniej wiele już cennych przyczynków w hematologii zawdzięcza się temu właśnie sposobowi. Poznano więc zachowanie się szpiku w różnych chorobach rozkładowych i zakażeniach, naświetlono dokładnie patogenezę niedokrwistości złośliwej, rozbudowano pojęcie „zapory szpikowej" w stanach rzekomej niewydolności szpiku; próba okazała pełnię swej wartości w rozpoznawaniu spraw nowotworowych w szpiku, jak to wykazał także doc. Rutkowski w swym przemówieniu, i w rozpoznawaniu czynnika bakteryjnego, ponieważ szpik ze względu na obfitość utkania układu siateczkowo-śródbłonkowego zatrzymuje drobnoustroje wychwytywane z krwiobiegu. Pomimo swych zalet nie jest metoda Arinkina pozbawiona niedogodności. Zabieg nie zawsze jest łatwy (u osób mocnej budowy), szpiku można nie uzyskać w ogóle, gdy igła uszkodzi większe naczyńko krwionośne lub nie przedostanie się do śródkościa; czasem natrafia się w mostku na elementy dla utkania komórkowego obce, jak np. tkankę limfatyczną lub tłuszczową w większej ilości. Ocena wyników badania punktatu mostka musi być z natury rzeczy bardzo ostrożna i opierać się zarówno na większej liczbie przypadków, jak doświadczeniu osobistym badającego i ponawianiu nakłuć u tych samych chorych.

Kol. Stańczyk podaje, że w paru przypadkach niedokrwistości złośliwej, leczonych na oddziale wewnętrznym dra Stefanowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, doc. Rutkowski dokonał nakłucia mostka swoją metodą i wydobył szpik kostny. Badanie tego szpiku pozwoliło ustalić, że w przypadkach, w których wzór krwi na obwodzie w okresie poprawy niedokrwistości złośliwej był względnie prawidłowy, w szpiku mostka można było znaleźć wiele młodych postaci krwinek czerwonych, pro- i megaloblastów. Mówca przedstawia hemogram szpiku kostnego z przypadku niedokrwistości złośliwej.

Kol. Celarek *wygłosił odczyt pt.: „Surowice beztlenowcowe"* (Rzecz ukaże się drukiem w „Medycynie").

Prezes: *J. Skłodowski.*
Sekretarz doroczny: *Stanisław Flis.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Zmarli

W Krakowie zmarł dnia 2 lipca br. Dr Jakub Junger przeżywszy lat 86.

Odznaczenia i wiadomości osobiste

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. w Krakowie na rok szkolny 1938/39 obrano dr Władysława Szumowskiego, profesora historii i filozofii medycyny.

Prof. dr Marian Grzybowski (Warszawa), został mianowany członkiem-korespondentem Francuskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego uzupełniony na XIX Walnym Zgromadzeniu Towarzystwa dnia 5 czerwca 1938 r. w Poznaniu, ukonstytuował się jak następuje: Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa) — prezes, doc. W. Łuniewski (Tworki) — wiceprezes, J. Handelsman (Tworki) — sekretarz generalny, płk. A. Malinowski (Warszawa) — skarbnik, płk. J. Nelken (Warszawa) — redaktor Rocznika Psychiatrycznego, W. Stryjeński (Kobierzyn), E. Wilczkowski (Gostynin), prof. M. Zieliński (Kraków) — członkowie Zarządu.

II Kongres poświęcony zagadnieniom niedomogi nerek odbędzie się w czasie od 21—24 września br. w Evian pod przewodnictwem prof. F. Rathery'ego. Informacje: Secrétariat Général du Deuxième Congrès de l'Insuffisance Rénale, 138, Avenue des Champs Elysées, Paris.

W czasie od 23. VII. — 2. VIII. br. odbędzie się w Oxfordzie V Międzynarodowy Lekarski Kongres Psychoterapii. Głównymi tematami są: 1) psychologia różnych okresów życia, 2) psychoterapia i zagadnienia psychosomatyczne.

Różne

Z kraju

Zadanie Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa i cel wystawy. Spośród wielu zagadnień, stojących przed Rządem, samorządami, ubezpieczalniami oraz działaczami społecznymi, zagadnienie zdrowia Narodu wysuwa się na pierwszy plan. Problem budowy szpitali, zasady budżetowania i finansowe podstawy egzystencji — zagadnienie szpitala, jako ośrodka nie tylko lecznictwa, lecz i pracy społecznej, nowoczesne wyposażenie, wreszcie zagadnienie pogotowia wojennego i pierwszej pomocy (ratownictwo), wychowanie praktyczne kadr lekarskich i personelu pielęgniarskiego, oto szereg kapitalnych problemów, którymi zajmuje się teoretycznie dotychczas mało znana w kraju instytucja naukowo-społeczna „Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa". Spopularyzowanie tych zagadnień w szerokich masach społecznych posiada dla Państwa znaczenie olbrzymie. Przełamanie niechęci, jaką wzbudza samo słowo „szpital", uświadomienie ogółu społeczeństwa, jak wielkie znaczenie ma walka z plagami ludzkości, jakimi są gruźlica, rak, choroby weneryczne i szereg innych, niemniej ważnych dziedzin organizacji zdrowia publicznego jest punktem wyjścia wielkiego pokazu publicznego, tj. „Pierwszej Polskiej Wystawy Szpitalnictwa". Ministerstwo Opieki Społecznej przewiduje rozbudowę szpitali w Polsce w najbliższym dziesięcioleciu co najmniej o 50.000 łóżek. Polska bowiem należy niestety do krajów o najmniejszej ilości łóżek szpitalnych w stosunku do liczby ludności. Jest rzeczą charakterystyczną, że szpitalnictwo polskie, które ma niezwykle piękną tradycję — jest bowiem historycznie prawie że najstarsze w Europie (szereg średniowiecznych fundancji szpitalnych przetrwał do dzisiejszego dnia) — pod względem ilości łóżek w stosunku do ludności stoi prawie w miejscu od 175 lat. Olbrzymi postęp, który widzimy we wszystkich niemal dziedzinach życia polskiego w odrodzonej Ojczyźnie stosunkowo najmniej dawał się odtąd zauważyć w rozbudowie szpitalnictwa. Projekty rozbudowy szpitalnictwa weszły obecnie w stadium bardziej pozytywne i należy mieć nadzieję, że realizacja tych ważnych postulatów postępować będzie teraz w znacznie szybszym tempie. Pan Prezes Rady Ministrów, Gen. Dr Sławoj-Składkowski zainteresował się osobiście pracami Towarzystwa Szpitalnictwa i objął protektorat honorowy Wystawy Szpitalnictwa. Ministerstwo Spraw Wojskowych ze względu na zdrowotność obywateli i obronność kraju przywiązuje do tych zagadnień również wielkie znaczenie i nie tylko przydzieliło do prac Komitetu Wystawy szereg wybitnych oficerów Służby Zdrowia, lecz przede wszystkim udzieliło gościny Wystawie w budującym się przy Alei Niepodległości wielkim szpitalu wojskowym im. Marszałka Piłsudskiego. Z poruszonymi wyżej zagadnieniami łączy się rzecz prosta w znacznym stopniu działalność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Toteż ubezpieczenia społeczne wystąpią na Wystawie z ekspozycją swojego dorobku i zamierzeń na przyszłość. Znaczenie szpitala dla życia gospodarczego kraju i dla kompleksu tych wszystkich zagadnień, które składają się na pojęcie tzw. gospodarki narodowej jest bardzo wielkie. Boć przecież w szpitalnictwie zainteresowani są nie tylko lekarze, lecz i grupy inżynierów, techników, robotników budowlanych, materiały budowlane, żelazo, stal, węgiel, przetwory chemiczno-farmaceutyczne i wszystko to, co łączy się z wyposażeniem, urządzeniem i lecznictwem w nowoczesnym szpitalu, poczynając od łóżka, na którym się kładzie chorego i stosowanych leków, a kończąc na precyzyjnych aparatach i instrumentach lekarskich, jak skomplikowane Roentgeny, elektryczne noże chirurgiczne i szereg przedmiotów, składających się na ekwipunek szpitalny. W związku z tym wielkim kompleksem zagadnień, które wchodzą w zakres szpitalnictwa, Pierwsza Polska Wystawa Szpitalnictwa pragnie materiał ten zebrać i pokazać w sposób najbardziej interesujący nie tylko fachowców, lecz przeciętnego widza. Szereg firm, związanych ze szpitalnictwem, bierze udział w tej Wystawie i przygotowuje interesujące, nieraz nieznane zupełnie dotąd eksponaty. Wystawa została podzielona, ze względów technicznych i dla łatwiejszego przeglądu, na 9 sekcji, których zasadniczy cel wskazują ich nazwy. W ostatnich dniach trwania Wystawy obradować będzie w Warszawie „Pierwszy Polski Zjazd" w sprawie szpitalnictwa, w którym zabiorą głos najwybitniejsi przedstawiciele nauki, dyrektorzy szpitali, inżynierowie i przedstawiciele organizacji, związanych ze szpitalnictwem. Zjazd ten opracuje materiał dotychczasowych doświadczeń w zakresie znaczenia społecznego szpitali, budżetowania i podstaw finansowych oraz budownictwa. Uchwalone przez Zjazd wnioski i dezyderaty będą niewątpliwie materiałem dla prac ustawodawczych w tej tak ważnej dla Narodu dziedzinie.

Z inicjatywy kilku czasopism lekarskich i dzięki poparciu Min. Opieki Społ. powstaje pod kierunkiem redakcyjnym mjra dr St. Konopki nowe cenne wydawnictwo „Polska Bibliografia Lekarska", które ukazywać się będzie w postaci kwartalnika. Zeszyt 1 obejmujący prace lekarskie ogłoszone w styczniu, lutym i marcu br. jest już w druku i ukaże się w pierwszych dniach lipca. Polska Bibliografia Lekarska wychodzi w objętości ponad 200 stronic druku. Cztery zeszyty rocznie zawierać będą 5.500 do 6.000 pozycyj bibliograficznych. Opisane tu zostaną: 1) książki i broszury, 2) artykuły oryginalne, ogłoszone w czasopismach lekarskich, 3) prace Polaków, ogłoszone w czasopismach lekarskich obcych, 4) prace lekarskie, ogłoszone w czasopismach nielekarskich (w wyborze). Cena jednego zeszytu Bibliografii zł 5, rocznie za 4 zeszyty zł 20. Zamówienia kierować należy do Biblioteki Centrum Wyszkolenia Sanitarnego (Adm. wyd. „Polska Bibliografia Lekarska"), Warszawa, ul. Górnośląska 45.

W niedzielę dnia 3 lipca br. odbyła się uroczystość poświęcenia i otwarcia Domu Zdrojowego w Morszynie.

Prezydium Związku Uzdrowisk Polskich złoży Ministerstwu Skarbu memoriał w sprawie ulg podatkowych dla inwestycyj przeprowadzonych w uzdrowiskach, gdyż one wraz z hotelami i pensjonatami stanowią ważną gałąź przemysłu krajowego. Nowa ustawa o ulgach inwestycyjnych ogłoszona w Dz. U. R. P. Nr 26 z 1938 (pozycja 224) w odniesieniu do przedsiębiorstw przemysłowych w pewnych rejonach np. w tak zwanym trójkącie bezpieczeństwa i na ziemiach wschodnich wprowadziła nie tylko rozszerzenie i pogłębienie ulg podatkowych dla tych rejonów, ale po raz pierwszy przyznała ważne przywileje dla szeregu inwestycyj przemysłowych i komunikacyjnych. Autorom memoriału chodzi o przyznanie ulg dla inwestycyj w uzdrowiskach posiadających charakter użyteczności publicznej. Motywy, które uzasadniają to wystąpienie Związku Uzdrowisk Polskich, niewątpliwie zasługują na przychylne ustosunkowanie się Ministerstwa Skarbu do wniosków memoriału. Są one następujące: Po odzyskaniu niepodległości i zjednoczeniu ziem polskich, uzdrowiska, hamowane celowo przez zaborców w rozwoju, znajdowały się zdewastowane przez wojnę w stanie opłakanym. Inwestycje były niezbędne, aby umożliwić działalność. Rząd chociaż nie pozostał dla sprawy uzdrowisk obojętny, owszem wydał nawet specjalną ustawę w r. 1922, znowelizowaną w r. 1928, stwarzającą podstawy prawne do regulowania życia i rozwoju uzdrowisk, nie mógł w pierwszych latach przyjść uzdrowiskom z wydatniejszą pomocą finansową i kredytową. Nawet zapowiedzi pomocy objęte ustawą nie mogły być wydatniej realizowane, gdyż były wówczas ważniejsze sprawy odbudowy Państwa. W ostatnim dziesięcioleciu uzdrowiska o własnych niemal siłach zainwestowały około 50 milionów złotych. Kapitały zainwestowane, to przeważnie kredyty bardzo obciążające budżety uzdrowisk wysokim oprocentowaniem prywatnym. Rentowność uzdrowisk znacznie podupadła w długim okresie kryzysu gospodarczego. Pomimo że inwestycje zaspokoiły tylko najważniejsze i najpilniejsze potrzeby, duże niedomagania i braki inwestycyjne istnieją nadal i wymagają dalszych 50 milionów złotych. Uzdrowiska stanowią bogactwo naturalne każdego kraju, są więc cenione przez społeczeństwa i popierane przez rządy. Podniesienie poziomu uzdrowisk i umożliwienie korzystania z leczenia zdrojowiskowego jest niewątpliwie godne poparcia przez czynniki państwowe zarówno z punktu widzenia gospodarczego, jak i ze względu na zdrowie obywatela.

Pięć plakatów ostrzegawczych Instytutu Spraw Społecznych, wystawionych w dziale grafiki na Światowej Wystawie w Paryżu uzyskało najwyższe uznanie, tj. Grand Prix. Autorami plakatów są: T. Trepkowski, Cz. Wielhorski, L. Piątkowski oraz L. Bocianowski. O szybkim rozwoju propagandy bezpieczeństwa pracy w Polsce świadczyć może m. in. fakt wzrastającego zapotrzebowania na plakaty ostrzegawcze ze strony przemysłu. I tak, jeśli liczbę plakatów nabytych przez przemysł w r. 1936 oznaczymy przez 100, to w r. 1937 otrzymamy wskaźnik 175 oraz przeszło 185 za pierwszych 5 miesięcy 1938 r. Do końca roku wskaźnik ten osiągnie niewątpliwie poziom nie niższy od 350. W przeciwieństwie do wielu innych krajów, w Polsce kła-

dzie się duży nacisk na to, aby plakaty ostrzegawcze, obok wartości propagandowych, posiadały również duże walory artystyczne. Stać nas na to, gdyż grafika polska stoi wysoko, a artystyczny plakat spełnia jednocześnie doniosłą rolę kulturalną.

Centralny Związek Średniego i Drobnego Przemysłu zorganizował w Częstochowie czterodniowy kurs bezpieczeństwa pracy dla kierowników, inżynierów, techników i majstrów miejscowego przemysłu. Fakt, że na kurs zapisało się z górą 100 osób i że przez cały czas trwania, frekwencja uczestników była bardzo wysoka, świadczy o wzrastającym zainteresowaniu, jakim darzy świat przemysłowy i techniczny sprawę bezpieczeństwa pracy. Powodzenie, z jakim kurs się spotkał, zdecydowało Centralny Związek do przeprowadzenia podobnych kursów w szeregu innych miejscowości. Było by celowe, aby inne związki i organizacje branżowe oraz stowarzyszenia techniczne podjęły również tego rodzaju pożyteczną działalność. Dotychczas bowiem krótkie kursy z zakresu bezpieczeństwa pracy były zorganizowane jedynie przez Związek Przemysłu Metalowego, Związek Przemysłu Drzewnego i Związek Cukrowni.

Polscy farmaceuci złożyli 244.000 zł na Fundusz Obrony Narodowej.

W czasie od 2—4 października br. odbędzie się I Ogólnopolski Zjazd Szpitalników w Warszawie.

Na dzień 1. I. 1937 liczba szpitali ogólnych wynosiła 634, a liczba łóżek ogólnych 56.316; liczba zakładów psychiatrycznych wynosiła 35 z liczbą łóżek 15.931. W porównaniu ze stanem z r. 1936 przybyło łóżek ogólnych 900, a psychiatrycznych 612. Z obliczeń wynika, że brak w Polsce jeszcze około 40.000 łóżek ogólnych, a 18.000 psychiatrycznych.

Anglia

W Londynie odbyła się w czerwcu br. XVI Międzynarodowa Konferencja Czerwonego Krzyża.

Ameryka

W jednym z ostatnich wydawnictw „National Safety Council" największej na świecie instytucji, zajmującej się sprawą zapobiegania wypadkom przy pracy, znajdujemy bardzo interesującą statystykę. Okazuje się, że w r. 1937 zginęło w Ameryce podczas pracy około 19.500 osób. Jest to liczba ogromna, jednak jeśli porównamy ją z liczbą śmiertelnych wypadków przy pracy na podstawie statystyki z 25 lat, otrzymamy bardzo wydatny spadek wypadkowości, będący wynikiem metodycznej i usilnej propagandy bezpieczeństwa pracy, rozwijanej od 1913 roku przez wspomnianą instytucję. W 1913 r. liczba śmiertelnych wypadków w przemyśle i rolnictwie amerykańskim wyniosła 35.000 osób. Zważyć należy, że w owym czasie tempo życia przemysłowego było niewątpliwie o wiele słabsze od dzisiejszego, toteż spadek liczby wypadków blisko do połowy w rzeczywistości uważać należy za znacznie silniejszy, jeśli przyjmiemy, że prawdopodobieństwo wypadków obecnie jest dużo większe niż w roku 1913. W okresie 25 lat, tj. od 1913 r. do 1938 r. akcja, mająca na celu popularyzację bezpieczeństwa pracy w społeczeństwie amerykańskim, doprowadziła według danych omawianej publikacji do zaoszczędzenia 285.000 istnień ludzkich. — W Polsce ginie rocznie podczas pracy około 1.000 ludzi, zaś 20.000 zostaje ciężko rannych.

Komunikaty

W dniach od 10. X. do 20. X. br. odbędzie się w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Warszawie pod kierownictwem prof. dra M. Semerau-Siemianowskiego III kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny chorób układu krążenia. Na program Kursu składać się będą: 1. Wykłady teoretyczne z fizjologii i anatomii patologicznej układu krążenia. 2. Wykłady kliniczne z wybranych dziedzin schorzeń układu krążenia ważnych dla lekarza-praktyka ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa. 3. Wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z dziedziny najważniejszych sposobów badania układu sercowo-naczyniowego. (Elektrokardiografia, rentgenodiagnostyka z kimografią, oscylometria). 4. Seminaryjne omawianie przypadków chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym. Kurs rozpoczyna się dnia 10. X. 1938 r. o godz. 8 rano w sali posiedzeń Szpitala św. Łazarza w Warszawie, ul. Książęca 2. Kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza praktyka i będzie obejmował 75 godzin, z których około 30 przeznacza się na wykłady teoretyczne, a około 45 na zajęcia praktyczne. Opłata za Kurs wynosi 60 zł, z których 10 zł płatnych przy zapisie. Ostateczny termin zapisów upływa dnia 1. X. 1938 r. Dla uczestników przyjezdnych mieszkania nie są przewidziane. Szczegółowy rozkład zajęć na Kursie otrzymuje każdy z uczestników po wpłaceniu wpisowego. Zapisy na Kurs przyjmuje i wszelkich informacji udziela doc. dr Julian Walawski, Warszawa, ul. Książęca 2, Szpital św. Łazarza, Oddział Chorób Wewnętrznych. Wykładowcy Kursu: Prof. dr Semerau-Siemianowski, prof. dr Kołodziejski, dr Konarska, dr Rasolt, dr Rowiński, dr Szczepański, dr Wajnsztok, doc. dr Walawski, dr Zaleski, dr Żera.

Do dnia 31 sierpnia br. można nadsyłać prace fotograficzne na konkurs, ogłoszony przez Komitet Kongresu Dziecka na temat „Dziecko w fotografii". Każdy może wziąć udział w konkursie. Tematem zdjęcia musi być dziecko, przy czym chodzi o żywe i interesujące ujęcie. Jeden autor może przedstawić nie więcej, niż 12 zdjęć. Szczegóły regulaminu i wszelkie informacje można otrzymać w Komitecie Ogólnopolskiego Kongresu Dziecka, Warszawa, ul. Koszykowa 19 m. 12 a. Prace konkursowe będą wystawione na Wystawie Dziecka w październiku 1938 r. w Warszawie i mogą być reprodukowane przez Komitet w katalogu Wystawy. Dla laureatów Konkursu wyznaczone są nagrody Stowarzyszenia Uczestników Walki o Szkołę Polską w liczbie 7-miu, w tym jedna — 100 zł, dwie po 50 zł, cztery po 25 zł. Nagrody deklarowały też firmy: „Kodak" — 1 aparat fotograficzny Kodak Vollenda 620, za najlepsze zdjęcie na błonie „Kodak", firma „Alfa" — 4 nagrody w towarze wartości po 25 zł, „Foton" — 2 takież nagrody za prace na papierach „Foton".

Do jury konkursu należą: dyr. Stanisław Dąbrowski, inż. Marian Dederko, prof. Jan Neuman, dyr. Witold Suchodolski i prof. Józef Włodarski.

Redakcja otrzymała

Miesięcznik Biblioteka Lekarska. Nr 6, 1938. Wyd. Nauk. „Wiedza".

L'Europe Médicale. Nr 2, 1938.

I. Schwidetzky: Rassenkunde der Altslawen. Wyd. F. Enke, Stuttgart, 1938. Cena: 4.20 RM.

M. Zachert: Wrażenia z XV Międzynarodowego Kongresu Okulistycznego w Kairze. Odb. z „Warsz. Czasop. Lek.". Nr 17. 1938.

Repertorium homeopatyczne. Laboratorium Homeopatyczno-Biochemiczne, Dr W. Schwabe, Poznań 1938. Tłumaczenie z niem. *„Leitfaden für die homöopatische Praxis"*

A. Sézary: La syphilis du système nerveux. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1938. Cena: 48 fr.

Sprawozdanie Szpitala Gminy Wyznaniowej Żydowskiej w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1937 r. Kraków 1938. Nakł. Gm. Wyzn. Żyd. w Krakowie.

Wł. Wieszeniewski: Na marginesie prac Sejmu nad Ustawą przeciwgruźliczą. Odb. z „Lek. Pol.". Nr 5. 1938.

Archeia Ygieines (Archives d'Hygiène). Nr 5. 1938 (greckie).

E. Raab: Grundlagen der gynäkologischen Kurzwellen Therapie. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1938. Cena: 4.80 RM.

O. Thies: Die Verätzungen des Auges. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1938. Cena: 4.60 RM.

H. Kress i W. Kittler: Innere Medizin in der Chirurgie. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1938. Cena: 10 RM.

B. Enguin i J. A. Aguirre: Valor clinico de la disociación radiográfica de la sombra torácica media en posición frontal. Odb. z „Actualidad Medica Mundial". Buenos Aires 1937.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—
za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.